Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS

Interim Report

2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Select Committee on Mental Health and Addictions
Select Committee on Mental Health and Addictions interim report

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Comité spécial de la santé mentale et des dépendances rapport préliminaire.
Also available on the Internet.
ISBN 978-1-4435-2491-9

1. Mental health services—Ontario. 2. Mental health policy—Ontario. I. Title.
II. Title: Comité spécial de la santé mentale et des dépendances rapport préliminaire.

RA790.7 C3 O56 2010 362.2'09713 C2010-964015-2E

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Select Committee on Mental Health and Addictions has the honour to present its Interim Report and commends it to the House.

Kevin Daniel Flynn, MPP
Chair

Queen's Park
March 2010

SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

KEVIN DANIEL FLYNN
Chair

CHRISTINE ELLIOTT
Vice-Chair

BAS BALKISSOON

FRANCE GÉLINAS

HELENA JACZEK

SYLVIA JONES

JEFF LEAL

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

Susan Sourial
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer

Carrie Hull
Research Officer

CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS iii

INTRODUCTION 1
- Committee Mandate 2
- Preceding Developments 3
- Committee Meetings 3
- Site Visits 4

ADDICTIONS AND CONCURRENT DISORDERS 5

POPULATION GROUPS 6
- Children and Young Adults 6
  - Funding 7
  - Prevention/Early Identification/Early Intervention 8
  - Education System 8
- First Nations, Inuit and Métis Peoples 9
  - Northern Communities 9
  - Southern Communities 10
- Seniors 11
  - Alzheimer Disease and Related Dementia 11
  - Long-Term Care Homes 12
- Francophones 12
- Newcomers and Refugees 13

COMMUNITY SUPPORT SERVICES 13
- Education and Employment 14
- Financial Assistance 14
- Housing 15
- Legal Advocacy 16
- Peer Support 16
- Support for Families and Caregivers 17

HEALTH CARE PROFESSIONALS 17
- Primary Care 17
- Psychiatrists 19
- Other Professions 20

INSTITUTIONAL CARE 20
- Access to Beds 21
- Emergency Rooms 21

INTEGRATION 22

JUSTICE SYSTEM 24

MENTAL HEALTH PROMOTION AND EDUCATION 26
- Anti-Stigma Strategy 27

RESEARCH 28

SPECIFIC ILLNESSES 29
- Anxiety, Depression and Other Mood Disorders 29

Autism Spectrum Disorders 29
Dual Diagnosis (Developmental Disabilities and Mental Illness) 30
Eating Disorders 30
Fetal Alcohol Spectrum Disorder 31
Perinatal Mood Disorders 31
Schizophrenia and Other Forms of Psychosis 32
Suicide 32

TREATMENT ISSUES 33
Care Models 33
Involuntary Admission and Treatment 34
Privacy 35

FUNDING 36

CLOSING COMMENTS 36

APPENDIX A: Private Member's Motion

APPENDIX B: Schedule of Public Hearings; List of Witnesses and Written Submissions

APPENDIX C: Schedule 1 Designated Psychiatric Facilities

APPENDIX D: Ontario's *Mental Health Act* and *Health Care Consent Act, 1996*

LIST OF ABBREVIATIONS

ACT	Assertive Community Treatment
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASD	Autism Spectrum Disorder
BCFPI	Brief Child and Family Phone Interview
CCAC	Community Care Access Centre
CMHA	Canadian Mental Health Association
CMHO	Children's Mental Health Ontario
CTO	Community Treatment Order
DART	Drug and Alcohol Registry of Treatment
ER	Emergency Room
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
FHT	Family Health Team
HCCA	*Health Care Consent Act, 1996*
ICM	Intensive Case Management
LHIN	Local Health Integration Network
MCSS	Ministry of Community and Social Services
MCYS	Ministry of Children and Youth Services
MHA	*Mental Health Act*
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care
OCAN	Ontario Common Assessment of Need

ODSP	Ontario Disability Support Program
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHIP	Ontario Health Insurance Plan
OMA	Ontario Medical Association
OW	Ontario Works
PPAO	Psychiatric Patient Advocate Office
SEEI	Service Enhancement Evaluation Initiative

INTRODUCTION

The Select Committee on Mental Health and Addictions is pleased to present this interim report. Each of our Members volunteered to serve on this Committee because of his or her personal commitment to mental health and addictions issues. Many families have been touched by mental illness or addictions, and no one is immune to the consequences. In our role as representatives for ridings around Ontario, we are also aware of the trials and tribulations of people struggling to obtain care for themselves or a family member, and their joy as someone recovers.

> **"I have learned, in some 30-odd years of caring for my loved one, to serve as a cook, a barber, an errand boy, a nurse, an impromptu social worker and a spur-of-the-moment advocate. I have learned when to rage and when to pray; when to curse and when to hold my tongue. I have learned how to ask—no, to beg—for help, for understanding, for support."**
>
> ***A family member***

The Committee is honoured and encouraged by the enthusiastic reception we have received across the province. We have listened carefully to passionate family members, brave survivors, and dedicated health care providers. We are fully aware that there are significant problems with the existing mental health and addictions system, and know that expectations are high that changes will be made. We hope that our work will help to give a voice to individuals who are so often ignored and stigmatized, and have so poignantly told us that what they need is "a home, a friend, and a job." Their commitment to recovery must be our commitment to help them recover.

This interim report summarizes the work of the Committee to date, giving consideration to both mental health and addictions issues and recognizing their interconnection. The report is structured around major issues in mental health and addictions, and major population groups affected by mental illness and addictions. It also provides some basic information about the Committee's background and mandate, and the dates and locations of its hearings and site visits.

This report also highlights some comments that the Committee has found particularly touching, or particularly helpful in understanding the mental health and addictions system. We have not referred to individuals directly, although we do use the names of some organizations.

> **"In economic terms, mental illness and substance abuse cost Ontario about $34 billion a year. . . . Of course, millions of families in Ontario know that the biggest cost can't be measured in dollars and cents."**
>
> ***Centre for Addiction and Mental Health***

Although there are many proposals in this document, coming from the many witnesses appearing before or submitting briefs to the Committee, we ourselves have tried to remain neutral. Our final report will provide a series of recommendations contributing to the development of the province's mental health and addictions strategy.

One final note: although the Committee represents three political parties, we have enjoyed working in a collaborative, non-partisan fashion. We believe that,

regardless of our political convictions, we each have a commitment to strengthening Ontario's capacity to respond to mental illness and addictions.

Committee Mandate

On February 24, 2009, the Legislative Assembly of Ontario gave unanimous consent to a motion to appoint a Select Committee on Mental Health and Addictions that would consider and report its observations and recommendations concerning a comprehensive provincial mental health and addictions strategy. In order to develop its recommendations, the Committee would:

- work with consumers/survivors, providers, experts and other interested parties to determine the needs that currently exist in the province;
- consider the mental health and addictions needs of children and young adults;
- consider the mental health and addictions needs of First Nations (on- and off-reserve), Inuit and Métis peoples;
- consider the mental health and addictions needs of seniors;
- identify ways to leverage existing opportunities and initiatives within the current mental health and addictions system;
- explore innovative approaches to service delivery in the community;
- identify opportunities to improve coordination and integration across the sectors for all people including those with concurrent mental health and addictions problems;
- recognize the importance of early intervention and health promotion with respect to diagnosing and treating mental health and addictions issues;
- consider the mental health and addictions needs of Francophone and ethnic minorities facing linguistic and cultural gaps;
- examine access to care issues for persons with mental health and addictions issues including primary and emergency care; and
- examine the existing continuum of social services and support for those with mental health and addictions issues. This would include justice, supportive housing, education and vocational support.

The Committee was to release its final report to the Assembly by the end of the spring 2010 sitting period; however, if it determined that more time was required, it could, by motion, extend its deadline by no more than three months.[1]

The Committee has decided that it would like more time to prepare its final report and has passed a motion extending its deadline by three months to September 3, 2010.

---

[1] Ontario, Legislative Assembly, *Votes and Proceedings*, 1st Sess., 39th Parl. (24 February 2009): 3; and Ontario, Legislative Assembly, *Official Report of Debates (Hansard)*, 1st Sess., 39th Parl. (24 February 2009): 5006.

Preceding Developments

The Committee is very much aware and appreciative of the thoughtful work that has preceded its own consideration of mental health and addictions. Among the more recent of these undertakings are the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology's seminal 2006 report, *Out of the Shadows At Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*; the Ontario Ministry of Children and Youth Services' *A Shared Responsibility: Ontario's Framework for Child and Youth Mental Health*, released in November 2006; Roy McMurtry and Alvin Curling's 2008 report, *The Review of the Roots of Youth Violence*; and the Mental Health Commission of Canada's *Toward Recovery & Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, released in 2009.

Two Ontario developments are particularly noteworthy: creation of the Minister's Advisory Group and passage of a Private Member's motion. The former Minister of Health and Long-Term Care established the Minister's Advisory Group on Mental Health and Addictions in October 2008. The membership of the Minister's Advisory Group, which includes people with lived experience of mental illness and addictions, family members, service providers, and researchers, will help to develop a new 10-year strategy for mental health and addictions services. As a first step, the Minister's Advisory Group released a consultation paper, *Every Door is the Right Door*, at a Summit on Mental Health and Addictions held in Toronto in July 2009. The Minister also established an inter-ministerial group that contributes to the development of the strategy.[2]

On December 4, 2008, Christine Elliott (PC – Whitby-Oshawa) moved that the Legislative Assembly immediately establish a select committee "to develop a comprehensive Ontario mental health and addictions strategy." The Committee was to focus on a number of issues, including the needs of children and residents of long-term care facilities, and the lack of inter-ministerial coordination in the delivery of services. The motion carried unanimously.[3] (See Appendix A for the motion's complete wording.)

Committee Meetings

The Committee met for the purpose of organization and to discuss business matters in March and early April 2009. Public hearings were held in Toronto and various other locations, beginning in mid-April and ending in early December. The spring hearings in Toronto involved presentations by government ministries which play a role in the delivery of the province's mental health and addictions services. The Auditor General of Ontario spoke about relevant audits which were reported in his *2008 Annual Report*. Also appearing during this period were

---

[2] Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, Minister's Advisory Group on Mental Health and Addictions, *Every Door is the Right Door-Towards a 10-Year Mental Health and Addictions Strategy: A discussion paper* (Toronto: Queen's Printer, July 2009), pp. 4 and 6.

[3] Ontario, Legislative Assembly, *Official Report of Debates (Hansard)*, 1st Sess., 39th Parl. (4 December 2008): 4489; and Ontario, Legislative Assembly, *Votes and Proceedings*, 1st Sess., 39th Parl. (4 December 2008): 6.

invited guests who attended as individuals or representatives of stakeholder groups (for example, former Senator Michael Kirby on behalf of the Mental Health Commission of Canada).

In the weeks following, the Committee heard from individual consumers/survivors, family members, health care and social service professionals, and related organizations.

All told, the Committee held 25 public hearings during which it received the testimony of more than 200 individuals and organizations. It had received more than 30 written submissions by December 31, 2009, and many articles and other items of interest pertaining to mental health and addictions. The Committee's schedule of public hearings and a list of witnesses and submissions are found in Appendix B.

Readers are cautioned that many of the comments and recommendations received by the Committee are not directly discussed in this document. In particular, statements pertaining to specific organizations are generally absent. However, this does not mean that these comments are being overlooked or ignored.

The Committee would like to thank everyone who participated in its hearings and those who made written submissions for their considerable time and generosity of spirit.

Site Visits

The Committee went beyond the traditional hearings venues and made site visits to various locations in order to gain a greater understanding and appreciation of how Ontario's mental health and addictions system operates and responds to the needs of its clients. Time was spent touring facilities and interacting with staff at the Centre for Addiction and Mental Health's Queen Street West location in Toronto, Regional Mental Health Centre in St. Thomas, and Eva's Phoenix, part of Eva's Initiatives, in Toronto.

The Committee was also pleased to visit several First Nations communities and health care organizations. Sandy Lake First Nation, the Oneida Nation of the Thames, and Six Nations of the Grand River graciously accepted the Committee's invitation to discuss their mental health and addictions issues. Representatives of Weeneebayko Health Ahtuskaywin, Weeneebayko Area Health Authority, and James Bay General Hospital welcomed the Committee to the Weeneebayko General Hospital in Moose Factory. Finally, representatives of Nodin Child and Family Intervention Services, a branch of the Sioux Lookout First Nations Health Authority, shared their expertise with the Committee on site in Sioux Lookout.

We now turn to the main purpose of this interim report, a summary of the proceedings of our hearings and the many written submissions presented to the Committee.

ADDICTIONS AND CONCURRENT DISORDERS

> **"One in five Ontarians at some point in their lives will experience a level of alcohol and drug abuse that requires treatment. For 2% to 3% of the province's population, it becomes a chronic problem."**
>
> ***Hope Place Centres***

The Committee received a large volume of testimony pertaining to various types of addiction. Some witnesses publicly spoke of their personal struggles. Witnesses identified a severe shortage of addictions services, particularly for those concurrently suffering from mental health issues. There is often a brief "window of opportunity" for individuals who are finally ready to face their addiction. If this window closes, it is possible that the individual will never seek assistance again. Similarly, severe delays in the transition between the various stages of addiction treatment mean that many individuals relapse unnecessarily.

The Auditor General echoed this concern, noting that long wait times particularly affected some areas of the province. Programs of all types—including in-home, institutional, drop-in, residential, outpatient, and pre- and post-treatment—are required. There were also requests for more outreach, longer treatment programs, and permanent Ministry of Community and Social Service (MCSS) funding for the Addiction Services Initiative for Ontario Works (OW) recipients.

Witnesses stressed the need for service integration across mental health and addictions services. Presently, potential clients are often informed that they must address their addiction before they can access other mental health services. Service providers sometimes confessed that they feel they have no choice but to restrict access because of a shortage of funds. Because so many individuals dealing with an addiction also have mental health issues, this lack of integration has serious consequences.

The DART[4] database, which provides information on addictions programs across the province, was praised. However, witnesses suggested that it is too complicated and does not necessarily improve access because clients are excluded from programs for many reasons. It was recommended that Ontario's addictions services be divided into three areas: addictions-only programs, concurrent-disorder capable programs, and concurrent-disorder enhanced programs.

Some witnesses requested that the province give greater consideration to harm reduction, and provide more education about its merits. Others stated that Ontarians need more education about addictions in general. One recovering drug user asked the Committee to include people like himself in the development of an addictions strategy, and to fund programs deterring youth already involved in drugs from further use. He argued that agencies presently apply for grants that they believe will be successful in obtaining funding, rather than for the most needed programs.

---

[4] The Drug and Alcohol Registry of Treatment (DART) is operated by CONNEXOntario and funded by the Ministry of Health and Long-Term Care.

The Committee is deeply concerned about the growing use of highly addictive prescription painkillers such as OxyContin and Percocet, as highlighted in its visit to Sandy Lake First Nation and other rural and northern communities around the province, all of which need assistance in fighting this particularly powerful addiction. One organization recommended that physicians be educated about the need to reduce the prescription of these drugs.

Several witnesses recommended that research and programs pertaining to addiction could be funded by a small tax on alcohol or the proceeds of drug crime.

The Committee is aware that there is a higher incidence of drug and alcohol addiction among individuals with mental illness. The Committee also learned of a little-known connection between addiction and mental illness: almost half of all cigarettes sold are consumed by individuals with a mental illness.[5] Perhaps somewhat surprisingly, the Committee has to date heard little about gambling addiction.

POPULATION GROUPS

While our hearings process was very inclusive and covered the concerns of the general population, the Committee's mandate includes consideration of the mental health and addictions needs of specific population groups: children and young adults; First Nations, Inuit and Métis peoples; seniors; and Francophones and ethnic minorities.

Children and Young Adults

Between 15% and 21% of children have at least one mental health issue; 14% of children and youth suffer from a diagnosed psychiatric disorder; and suicide is the second-leading cause of death for youth 15 to 19.

Ministry of Children and Youth Services

Mental health and addictions services for children and young adults elicited more concerns and recommendations than those for any other population group. The Committee heard from parents and youth who spoke or wrote with passion about the challenges they and their loved ones face on an ongoing basis. We also heard from those who work with children, youth and families, describing their frustrations and hopes.

The Dare to Dream Program reported that onset of mental illness is before the age of 24 for 75% of those diagnosed with mental illness. The Offord Centre for Child Studies conducted the last Ontario Child Health Study 20 years ago; it told the Committee that the province must come up with a new estimate of prevalence and needs. Michael Kirby, chair of the Senate Committee when it released *Out of the Shadows at Last*, called the children's system the worst part of the mental health

[5] The Nickel-a-Drink Research Foundation presented this statistic in the package it submitted to the Committee. We investigated further and discovered that the figure comes from the following study: Karen Lasser, J. Wesley Boyd, Steffie Woodhandler et al., "Smoking and Mental Illness: A Population-based Prevalence Study," *Journal of the American Medical Association* 284 (22 November 2000): 2606-2610.

system, across the country. (*Out of the Shadows at Last* referred to children's mental health as "the orphan's orphan" within the health care system.[6])

The Ministry of Children and Youth Services (MCYS) is the lead ministry for children and youth up to the age of 18 experiencing mental health issues. Unlike child protection services, children's mental health services are not mandated under the *Child and Family Services Act*; they are provided to the extent that resources are available. Most services are community-based. The MCYS released a policy framework, *A Shared Responsibility: Ontario's Policy Framework for Child and Youth Mental Health*, in 2006. The first step in implementing the framework is "mapping" it against current service provision. The MCYS continues to hold regional workshops with stakeholders to share what has been learned through the mapping exercise.

Discussion and submissions covered a range of issues, including the difficulties associated with age-related transitions, fetal alcohol spectrum disorder (FASD), and autism, which are discussed later in the report. The three issues presented below were referred to on a routine basis: funding; prevention, early identification and early intervention; and the education system.

Funding

Funding impacts all aspects of mental health and addictions services. When sectors and areas of the province are battling the effects of economic recession and an increased demand for services, the impact is greater than usual. Presenters told us that reliance on short-term funding makes it difficult for programs to fulfill their potential. It is time-consuming for agencies to apply for and to maintain. Budgetary constraints affect community-based agencies' ability to retain and recruit staff, given the higher salaries offered in institutional settings.

The Auditor General briefed the Committee on the audit of child and youth mental health agencies in his *2008 Annual Report*. Agencies are struggling to maintain core services because funding is tied to historical needs and population. Some witnesses called for the application of a population-based funding formula. According to Children's Mental Health Ontario (CMHO), funding is scattered across 440 agencies of varying sizes, 85 of which are accredited members of CMHO.[7] The Auditor General referred to this fragmentation as well, saying children with the same mental health condition have different wait times and treatments depending on where they live.

> **"We need more resources for that 10% of children and youth with chronic and severe mental illness."**
>
> ***Offord Centre for Child Studies***

Cost is a barrier to timely care for many families. Parents for Children's Mental Health referred to funding as "the elephant in the room" and emphasized that

[6] Canada, Parliament, Senate, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada* (Ottawa: The Committee, May 2006), p. 155.

[7] E-mail from staff, Children's Mental Health Ontario, Toronto, 18 February 2010.

persistence and using their own funds were necessary to enable participation by their children in special programs.

Prevention/Early Identification/Early Intervention

> **"We need to invest, very heavily, in the early years zero to six, and invest when the resilience to all kinds of chronic disorders, especially mental health, can actually prevent them."**
>
> ***Ontario College of Family Physicians***

Prevention, early identification and early intervention were cited as critical components of a more effective and efficient system. Physicians are most often the first point of contact for those seeking help with a mental health or addictions concern. The Committee heard that they are under-prepared to deal with many of these issues as they receive little training in these areas.

The Canadian Paediatric Society reported that while 40% of visits to paediatricians have a mental health component, only 20% of those children and youth will receive care. It is estimated that about 70% of these conditions could be solved through early interventions.

CMHO spoke of the lack of any systematic program to screen for potential mental health problems. It told the Committee that only 125 children's mental health agencies are using the Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI), the common screening tool.

The Auditor General noted that the need for a greater focus on early identification and intervention was the most important conclusion of the audit of child and youth mental health agencies. The agencies visited indicated they would need the assistance of schools to aid in this task. Witnesses spoke of inter-ministerial cooperation and partnerships between school boards and agencies.

Support for families in providing a mentally healthy home will assist in prevention, according to some presenters. Workforces in various sectors will require training in order to identify the early signs of mental health and addictions issues and to intervene appropriately.

Education System

> **"Many of these young children with undiagnosed mental health disorders are so anxious or depressed they can't concentrate, they cannot attend school regularly, they fail and even drop out."**
>
> ***A paediatrician***

Many suggested how to better incorporate the education system into a mental health strategy. Mental health problems often manifest themselves as behavioural issues in school. A major concern is the need to build staff capacity. The Committee was told that personnel, particularly teachers, require training to recognize a possible mental health or addictions issue, to communicate that knowledge to families and to make appropriate referrals.

Presenters felt that more could be done within the curriculum to educate students about mental health and addictions issues, even though they may have differing opinions about the appropriate time to introduce the topics to students. References

were made to the concept of schools as hubs for the integration of educational, social and health services, and assessments for children and youth.

School boards offer a number of programs in support of children's mental health needs and building wellness. Outside supports are recommended when needs extend beyond a school's ability to respond. The Ministry of Education is collaborating with the MCYS in its mapping exercise and on the Student Support Leadership Initiative, the goal of which is the building/enhancing of partnerships between boards and community agencies.

Increasing numbers of post-secondary students were said to be seeking counselling services. As a population group, they have a high risk for mental illness. The sector is considered an ideal setting for promotion and early intervention strategies, but we heard that partnerships are needed to transform what is called a fragmented and under-funded system.

First Nations, Inuit and Métis Peoples

As noted earlier, the Committee has visited several First Nations communities and organizations delivering health, mental health, and addictions care. Although the mandate of the Committee includes the consideration of the needs of the province's Métis and Inuit peoples, we have not heard testimony or received submissions from these groups.

A history of oppression, the consequences of residential schooling, unemployment, isolation, and other factors contribute to higher rates of trauma, grief, and mental illness and addictions among First Nations people. Clients of First Nations mental health and addictions agencies have multiple and complex needs.

"So you may ask, 'What does all this history have to do with mental health anyway?' I think that there's a lot of discussion now ... about the phenomenon—perhaps the intergenerational phenomenon—of historical trauma."

Noojmowin Teg Health Centre

The Committee also received a number of complaints about the complexity of the federal and provincial funding arrangements for mental health and addictions care for First Nations communities and individuals. Similarly, the possibility was raised that First Nations communities are not adequately connected to their respective local health integration networks (LHINs).

Northern Communities

The Committee witnessed first hand the struggle of community leaders confronting the new menace of prescription painkillers in Sandy Lake, and the distress of health care workers addressing suicide in the communities along James Bay. Aging grandparents are assuming care for children when parents are disabled by their condition and unable to obtain adequate services.

"You have come to Sandy Lake at a very crucial time. As you may know, prescription drug addiction is a big problem in so many First Nation communities and ours is no different."

Sandy Lake First Nation

There is a severe shortage of services to address this situation, particularly in the north. As a result, care is typically crisis-driven. For example, Sandy Lake has started its own drug treatment program, with little funding or professional input. The Committee was profoundly impressed by these efforts, but our goodwill is not enough. Sandy Lake requested funding for this program, and other communities called for assistance for most forms of mental health and addictions programming, including children's services, youth outreach, visiting psychiatrists and psychiatric nurses, senior care, and all stages of addictions treatment.

There is also a need for more general social and economic support in the form of education and literacy programs, employment opportunities, anti-racism campaigns, justice and diversion services, and funding for infrastructure. The Committee can attest to the immediate need for improved housing.

It is hoped that telemedicine will provide greater access to needed services in the future, although witnesses suggested that first contact should be face-to-face. The creation of a pool of fly-in mental health specialists would also assist these northern communities in accessing services.

Southern Communities

First Nations in the south of the province are also struggling with the needs of their communities. Members of Oneida Nation of the Thames spoke openly about the inability of their people to form attachments and their lack of trust of the outside world, both consequences of the trauma of residential schooling. Children are bussed to schools in larger centres, yet they do not have the self-esteem to deal with the urban issues they will encounter there. The Oneida made a special request for early intervention programs for their children and youth, and parenting skills programs for adults that reflect their traditions.

Members of Six Nations at Brantford spoke of their similarly complex situation. Although the community maintains a unique and admirable mental health service, there is concern about a recent increase in crime and violence that they attribute to addictions. The Six Nations made a specific request for peer support training, withdrawal management, after-care, follow-up, and diversion programs tailored to First Nation needs. Providers of mental health services also expressed an interest in improved diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder (FASD), a condition which is taking a huge toll on First Nations communities across the country.

Aboriginal youth commit suicide at rates 5 or 6 times greater than non-Aboriginal youth, 20% report solvent use, and 20% to 25% suffer from an emotional disorder. Half of Aboriginal youth offenders have FASD, as do 8% of all Aboriginal children.

Ministry of Aboriginal Affairs

Witnesses appearing in various cities also requested assistance in developing a youth engagement strategy. Youth need positive images of First Nations history and people, and some hope for the future. Long-term treatment centres, relapse

support, peer-led prevention, aftercare, and outreach—particularly to pregnant women and youths—are all required to provide better addictions support to individuals both on- and off-reserve.

Some witnesses made more specific requests, such as funding for mentoring programs or exchanges between care workers in Aboriginal settings, and a conference to initiate a research strategy for Aboriginal mental health and addictions.

First Nations people in the north and south asked that we respect their right to use their own methods, such as traditional healing, to solve problems in their communities. Greater awareness of history and tradition are also seen as ways forward. Witnesses asked that special consideration be given to funding programs that are culturally competent, particularly those run by and for First Nations people. Health care providers need education about First Nations issues, because misdiagnoses are common. Furthermore, the size of many communities means that confidentiality can be a concern, necessitating the availability of outside services. It is also difficult for many locations to retain staff. Finally, First Nations people asked for full representation in the development of the mental health and addictions strategy.

Seniors

Seniors make up a growing segment of Ontario's population. The fastest component of that growth is people over the age of 85. Figures provided by the Seniors' Secretariat show that the prevalence of seniors with depressive symptoms in Canada may be 10% to 15%.

"Older adults take up to 40% of all medications prescribed in Canada and most older adults take several types of medication at a time."

Seniors' Secretariat

The Committee heard that addressing the shortage of geriatric specialists, and educating and training health professionals, service providers and informal caregivers will enhance our understanding of the complexity and diversity of seniors' mental health and addictions issues. This will in turn lead to earlier diagnosis and better treatment. Presenters said enhanced community services will reach more seniors and provide alternatives to long-term care.

Witnesses identified a greater number of concerns about Alzheimer disease and related dementias, and long-term care homes than any other issues related to seniors.

Alzheimer Disease and Related Dementia

The risk of developing dementias increases with age. While there are different forms, Alzheimer disease is the most common among seniors, affecting 66% of those with dementia. According to the Alzheimer Society of Ontario, more than 180,000 Ontarians have dementia; in less than 25 years, that number will double. The Alzheimer Society of Canada released *Rising Tide: The Impact of Dementia on Canadian Society*, in January 2010. Without intervention, the report expects

that 2.8% of the Canadian population will have dementia by 2038, compared to 1.5% in 2008.[8]

"Dementia is more than just an important health concern. It has the potential to overwhelm our health care system if fundamental changes are not made in research, funding and care delivery."

A family caregiver

According to presenters, a coordinated, integrated response will enable service capacity to keep pace with growing numbers of persons with dementia and their caregivers, and assist them through the continuum of their condition. Additional specialized geriatric services, training for staff, assessment, diagnosis and early intervention, and consideration of the effects on the acute, community and long-term care systems would be part of the response. We also heard a call for respite for caregivers who put so much of their energies into tending to the needs of loved ones that their own well-being can suffer.

Long-Term Care Homes

The care, treatment and safety of those with mental health and addictions issues are concerns for those who work in Ontario's long-term care sector, and for the family and friends of residents of long-term care homes. According to the Ontario Long Term Care Association, increased acuity in mental health conditions has been noted upon and following admission. It cited recent data showing that 26% of residents reported signs of worsening depression over a three-month period, and 2% had previously been in a psychiatric hospital.

Presenters spoke of the need to increase and strengthen collaborative partnerships between homes and resources such as community care access centres (CCACs), family councils, and dedicated mental health resources. They called for appropriate funding to accommodate seniors with mental health issues, including more and/or increasingly specialized units, and ongoing education and training for staff. Reference was made to a need for a comprehensive and effective assessment tool to be used by CCACs to help determine the potential for aggressive behaviour, prior to admission. This will help in determining those homes most appropriate for placement recommendations. Another suggestion was revising policies related to readmission to a home following discharge or a period of absence, in order to allow for sufficient time to complete behavioural assessments.

"Long-term care facilities must be funded appropriately to accommodate seniors with mental health issues."

Advisory Committee for Mental Health and Addiction Services

Francophones

Even though consideration of the mental health and addictions needs of Francophones is part of the Committee's mandate, presentations said very little

[8] Dementia is expected to cost over $872 billion in direct health costs, unpaid caregiver opportunity costs and indirect costs associated with unpaid care over the next 30 years. See Alzheimer Society of Canada, *Rising Tide: The Impact of Dementia on Canadian Society – Executive Summary* (Toronto: The Society, January 2010), pp. 7 and 10.

about those needs. Some asked for more funding and consideration. While in Sudbury, we heard of the difficulty that community had in getting Francophone psychiatrists to establish practices there.

Newcomers and Refugees

The Ministry of Citizenship and Immigration spoke to the challenges which make immigrants and refugees more vulnerable to mental illness and addictions (e.g., unemployment and underemployment, and the absence of family and a social network). Immigrants also encounter barriers in terms of access, among them language difficulties, lack of awareness of services, and differing cross-cultural interpretations of mental illness.

Several witnesses stressed that unaddressed trauma is one of the most important causes of mental illness and addictions, particularly in the case of women, immigrants and refugees, and communities that are relatively deprived and suffer from high rates of violence.

> **"We're seeing a number of people coming from war-torn countries who are victims of trauma, women and children who are victims of domestic violence, and abuse in young people."**
>
> ***Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative Services***

Presenters saw translators as valuable additions to the health and social services systems. They believed more funding and research will help in understanding the needs of immigrants and visible/racial minority communities. The development of cultural competency and awareness within programs was described as crucial to positive outcomes.

COMMUNITY SUPPORT SERVICES

In the spring of 2009, the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) reported that the government provided funding to community mental health agencies for services that included the following: over 300 community mental health programs; 79 assertive community treatment (ACT) teams;[9] crisis intervention; intensive case management (ICM); early intervention in psychosis; vocational programs; consumer/survivor initiatives; and supportive housing. It also supports services specifically aimed at drug and alcohol treatment, and problem gambling.

An audit of community mental health in the Auditor General's *2008 Annual Report* found that the MOHLTC had met its deinstitutionalization target of 35 beds per 100,000 and that some good local coordination practices were in place. However, funding has not followed people from institutions to communities. In order to maintain the deinstitutionalization target, the MOHLTC determined that 60% of funding would have to be

> **"We found that there still wasn't an adequate level of community-based support."**
>
> ***Auditor General of Ontario***

[9] Assertive Community Treatment (ACT) teams are multidisciplinary units providing services to individuals with serious mental illness.

community-based. According to the audit report, it spent about $39 on community-based services for every $61 spent on institutional services in 2006/07.[10] Timely access is a principal barrier to effective community care, as the LHINs indicated that wait times can be up to 180 days.

As discussed earlier, the Auditor General noted that historical-based funding has created significant regional disparities. At the time of the audit, average per capita funding for community services ranged from $19 to $115. (The 2008 audit of addictions programs cited an MOHLTC analysis which indicated that per capita funding for those programs ranged from about $3 to more than $40, across the 14 LHINs.[11]) Witnesses called for a new funding model recognizing relative needs.

Many witnesses and submissions called for increased funding for a range of community support services. They spoke of the need to create environments that foster companionship and social support, making frequent use of the phrase "a home, a friend, and a job." Recreational, nutritional, and cultural activities could be provided through community centres, libraries and adult education centres. References were also made to the needs of those with complex needs who are hard to serve. (See also the "Integration" and "Treatment Issues" sections of the report.)

"I would like to have more fun activities on the weekend so I don't feel so alone."

A consumer/survivor

Those service areas which generated the greatest amount of comment are discussed below: education and employment; financial assistance; housing; legal advocacy; peer support; and support for families/caregivers.

Education and Employment

Education, training and employment supports ease reintegration into society and help in finding meaningful work. A job can do much to improve a person's financial situation and, perhaps just as important, bolster self-esteem. Presenters thought that eligibility criteria for these services could be made more flexible as access difficulties have been identified. Employers with a sensitivity to mental illness and addictions will provide a more reassuring and accepting environment within which people are more likely to thrive.

Financial Assistance

Data provided by the MCSS clearly indicate that a high proportion of clients accessing social assistance and employment supports have or are at risk of developing mental health and addictions issues. For example, 72% of domiciliary hostel tenants reported being diagnosed with at least one mental health issue. Over 50% of Ontario Disability Support Program (ODSP) recipients have a mental health disability. A survey conducted by the City of Toronto found that

[10] Ontario, Office of the Auditor General, *2008 Annual Report* (Toronto: The Office, 2008), p. 178.
[11] Ibid., p. 52.

86% of homeless people had a lifetime diagnosis of mental illness or substance abuse.

Social assistance rates were considered inadequate by presenters, with the ODSP being singled out for particular attention. They asserted that ODSP rates should cover the real cost of living and be raised in tandem with the rate of inflation or the consumer price index.

> **"I want the government to provide money to those of us with mental illness so we will have a better standard of living beyond subsistence."**
>
> ***A consumer/survivor***

The Committee was informed of research suggesting that individuals discharged from hospital are less likely to become homeless if they are given assistance in connecting to ODSP or OW.[12] Another study showed that individuals receiving ODSP are considerably more likely to leave the social assistance system if they receive mental health care and other community services.[13]

We heard that a review of social assistance should go beyond minor changes. Of particular concern are the disincentives to work built into the ODSP and the clawbacks that prevent recipients from getting ahead. These include the loss of drug benefits, reduced payments with earnings, and complications associated with the fear of relapse and getting back into the assistance system.

Housing

The Committee heard repeatedly about the significance attributed to housing. According to presenters, its provision can contribute to a reduction in psychiatric symptoms and decrease the need for unnecessary emergency room visits and extended hospitalizations. They regularly used the terms affordable, safe, supported, and supportive to describe the characteristics of the types of housing they wished to see.[14]

> **"There is no mental health without a home."**
>
> ***The Dream Team***

The audit of community mental health services reported by the Auditor General found that most areas reported a critical shortage of supportive housing, although there are vacancies across the province. LHINs indicated to audit staff that affordable supportive housing is the cornerstone of cost-effective community

---

[12] C. Forchuk, S.K. Maeclure, M. van Beers et al., "Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'No Fixed Address'," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (2008): 569-75.

[13] Canadian Institute for Health Information, "Hospital Length of Stay and Readmission for Individuals Diagnosed with Schizophrenia: Are They Related?" *Analysis in Brief*, 17 April 2008.

[14] The brief tabled by the Centre for Addiction and Mental Health referred to three general types of housing that target individuals with mental illness and addictions: custodial, supportive and supported. "Custodial housing is general for profit 'room and board' settings with little or no rehabilitation support. Supportive housing is congregate settings which include rehabilitation support. Supported housing is a strengths-based approach aimed at helping consumers get and keep independent housing in the community."

care. According to MOHLTC staff, current government policy emphasizes rent supplements so that individuals may live in the community.

One organization recommended the appointment of a lead agency in its jurisdiction for application and waiting list management for all supportive housing. Centralization would bring about consistency in application, improve customer service, offer sound waiting list statistics for strategic planning, and improve services for individuals requiring mental health and addictions support.

Other presenters suggested that the Ministry of Municipal Affairs and Housing's Long-Term Affordable Housing Strategy, and the mental health and addictions strategy could offer a coordinated and collaborative approach to providing housing supports to those with mental illness and addictions.[15] Housing strategies from the past can serve as models. We were also reminded of the needs of shelters and the costs they incur in providing services to those homeless with complex mental health and addictions issues.

Legal Advocacy

The Committee heard that legal advocacy services should be made more readily available. The services provided by the Psychiatric Patient Advocate Office (PPAO) are only offered at former psychiatric hospitals; they have not followed the migration of services to the community. It was suggested that the establishment of a provincial treatment advocate would help to balance the role played by the PPAO in protecting legal rights.

Peer Support

> **"... I believe that a peer support network of one kind or another is ideal."**
>
> ***A consumer/survivor***

Much was said and written about the value to be gained from involving those with lived experience in the delivery of services. Presenters told us that the lens of experience, provided by consumer/survivor initiatives and more specifically peer support, can contribute to reductions in wait times and hospitalization, and improved access.

The Committee learned that peer support can be made available informally or formally through speakers' bureaus, public education, research, assessment, hospital emergency rooms, and "warm" (pre-crisis) telephone lines, and as system navigators and advocates. The Ontario Peer Development Initiative's Peer Support Toolkit Project will enable peer support organizations to accredit peer workers by September 2010.

---

[15] The Ministry of Municipal Affairs and Housing completed consultations on its Long-Term Affordable Housing Strategy in December 2009. A report may be released by late spring 2010. Telephone interview with staff, Office of the Deputy Minister, Ontario Ministry of Municipal Affairs and Housing, Toronto, 19 February 2010.

Support for Families and Caregivers

Families and caregivers serve as major support systems for individuals suffering from mental illness and addictions but can experience burnout and financial difficulties in response to caregiving demands. The results of a 2009 survey of 200 families caring for someone with a mental illness found that 80% felt overwhelmed or severely stressed.

We were told that family support groups can provide help along with education, respite and opportunities for discussion. Those developed by consumers/survivors and caregivers themselves would give families invaluable insights. We also heard that structured family support can be incorporated into an individual's recovery plan, when they wish to have their family involved. (See also the discussion of privacy in the "Treatment Issues" section of the report.)

Presenters said difficulties with system navigation are a major barrier to accessing treatment. The creation of navigator positions would help families face the challenges inherent in recognizing symptoms, getting a diagnosis, understanding legal issues (e.g., confidentiality of health care information), and making their way through the maze of services. (See also the section on "Integration".)

Family members spoke of the need for educational resources, particularly with respect to their role as caregivers. Internet links to reliable sources of current information would be a good first step. Respite care allows caregivers the time and freedom to pursue personal, social and recreational endeavours. Financial assistance in the form of a caregiver allowance would be of benefit to those without sufficient income to take advantage of tax relief measures. One presenter told us that such an allowance was announced by the government of Nova Scotia in August 2009.[16]

> **"Our family has been very frustrated in trying to find someone who will see us; frustrated with the time frame we got for the initial appointment, frustrated with the time between appointments, and frustrated with the lack of available resources."**
>
> ***A family member***

HEALTH CARE PROFESSIONALS

While the door of a family physician's office is referred to as the main door to mental health and addictions services, a range of health care, social service and mental health professionals participate in their provision. The benefits of multidisciplinary teams and greater collaboration among professions were widely acknowledged.

Primary Care

Presenters strongly supported the promotion of mental health and addictions services in primary care centres, noting their potential to assist in early diagnosis

[16] Nova Scotia, Department of Health, "Allowance to Aid Caregivers," *News Release*, 11 August 2009.

and intervention, particularly in the north. The Centre for Addiction and Mental Health drew our attention to the fact that family physicians and community nurses are the health care professionals most often consulted by those seeking help for a mental illness or addiction, providing about 80% of the work in the sector.

We heard that mental health professionals can and should be more actively involved in primary health care delivery or shared care settings. Possible models include colocation (i.e., a community mental health agency sharing facilities/staff with primary care services), links between physicians and psychiatrists, the supervision of staff in family health teams (FHTs) by a community mental health provider, and bringing psychiatrists and social workers into family practices.

Access to primary care was frequently described as difficult for people with lived experience of mental illness and addictions, particularly those with complex needs. Without a family physician or other forms of primary care, they cannot enter treatment programs, see specialists or receive medication. The failure to address physical health problems can accentuate mental health issues. Incentives to take on such patients may prove worthwhile. In Sudbury, for example, the Committee was told that the Sudbury Regional Hospital pays a stipend to a family physician to provide a mental health primary care clinic in one of its facilities.[17]

"I phoned his family doctor, who said, 'I don't do psychiatry'."

A family member

Rural and remote areas are particularly affected by wait times, travel costs, and the attraction and retention of health care professionals. Individuals may receive treatment in larger centres, only to relapse when they return to their underserved community.

Telemedicine and e-health innovations could serve to fill some access gaps, particularly in isolated areas. A fly-in mental health resource pool could also be created, and incentives provided to attract and retain mental health professionals. While some proposed that a central hospital or other agency should provide a full range of services, others were concerned that access is limited when distances become too great to these hubs. The Champlain East Branch of the Canadian Mental Health Association (CMHA) recommended the use of generally-trained intensive case managers, supplemented with ACT teams and crisis services, because it is unrealistic to think that specialized services could be provided in a rural setting.

Related to access is the matter of education and training. Between 30% and 70% of a family physician's normal caseload consists of individuals whose ailments are either of a psychological origin or significantly related to psychological factors. A survey of family physicians found that respondents had almost no instruction in mental health at medical school. The Committee was told that there is a need for more relevant training for primary care providers during their formal academic programs and in-service (e.g., with respect to concurrent disorders). More knowledge can also lead to greater sensitivity, as people with lived

[17] At the time of writing, the Sudbury Regional Hospital was in the process of moving to one site.

experience have encountered prejudice or stigma on the part of professionals in primary and emergency care.

Presenters spoke of the time physicians require to deal with the mental health and addictions needs of their patients. The current fee schedule fails to adequately compensate them for that time and serves as a disincentive to take on more patients. The government was urged to work with the Ontario Medical Association (OMA) on new remuneration models.

In the spring of 2009, the MOHLTC talked about its intent to add mental health counsellors to units like FHTs and nurse-practitioner-led clinics. As of January 2010, 122 of the 170 FHTs had mental health or social workers approved as part of their teams. As of February 2010, 11 nurse-practitioner-led clinics were under various stages of development. The original submissions of five of these clinics indicated that mental health would be one of their proposed services. However, no mental health workers had been hired as these clinics had yet to request staff funding.

The MOHLTC also advised that its 2008 agreement with the OMA offers enhanced payments for individuals meeting minimum targets for the provision of services, including mental health services. The reference is to section 5.2 of that agreement, "In Office Service Bonus".[18]

> **5.2** The PSC [Physician Services Committee] will develop a payment to PEM [patient enrollment model] physician and physician groups who provide a broad range of in-office services. A recommendation will be made to the parties for implementation by April 1, 2010. A fund of $5 million will be set aside in the first year of the program and $10 million will be set aside on an annual basis thereafter.[19]

Psychiatrists

Across the province, the Committee was told of the need for more psychiatrists and the long waits to see them. In one community, it heard of the large number of psychiatrists who are university-appointed staff and not providing care to clients in clinical practice. With respect to children and young adults, a paediatrician reported that there are fewer than 500 child and youth psychiatrists in the entire country.

---

[18] E-mail from staff, Office of the Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, 24 February 2010.

[19] "Memorandum of Agreement Between the Ontario Medical Association and Her Majesty the Queen in Right of Ontario as Represented by the Minister of Health and Long-Term Care," 1 April 2008 to 31 March 2012. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/providers/physicians/docs/oma_agreement.pdf, accessed 25 February 2010.

We heard that the need for more psychiatrists could be met in part by the promotion of psychiatry as an attractive option for young physicians; however, that may be difficult. The president of the Ontario Psychiatric Association agreed with many other presenters that stigma is a barrier to access and care for his members' clients, but also pointed out that psychiatrists themselves experience stigma as care providers, a critical issue for recruitment and retention.

The Committee pursued the matter of the supply of psychiatrists with the MOHLTC. We learned that the ratio of practising psychiatrists for every 10,000 people in Ontario decreased by 2.4% between 2002 and 2007. In recognition of the shortages of qualified practitioners, the number of first-year psychiatry residency training positions offered in the province increased by 52.6% (from 38 to 58) between 2002 and 2008.[20]

Other Professions

> **"Medicare pays for doctors and hospitals, full stop. The reality is that the vast majority of mental health services aren't provided by doctors. They're provided by all kinds of other health care workers."**
>
> ***Michael Kirby, Former Chair***
> ***Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology***

Representatives of other self-regulated, or soon to be self-regulated, professions made the case for their members becoming more actively involved in the provision of mental health and addictions services. These presenters said greater participation on the part of psychologists and psychological associates, psychotherapists and mental health therapists, and social workers will enable more people to be assessed and treated in a cost-effective, timely manner. As the Committee was reminded, the medical model of care is neither sought nor needed by all mental health clients.

Many expressed support for extending public funding to psychologists and psychological associates, psychotherapists and social workers who provide mental health services.

INSTITUTIONAL CARE

Many public hospitals, which must comply with the *Public Hospitals Act* and its regulations, are designated Schedule 1 psychiatric facilities under the *Mental Health Act*. They provide inpatient, outpatient, day care, and emergency services, as well as consultative and educational services to local agencies. (A list of these facilities is found in Appendix C.)[21] Since April 1, 2007, LHINs have been responsible for the planning, funding and managing of health services, including hospitals, in their respective jurisdictions.

Hospitals referred to the challenges faced by the institutional sector. These have included implementation of the Health Services Restructuring Commission's directives and changes brought about with the introduction of LHINs. In St.

[20] E-mail from staff, Office of the Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, 25 September 2009.
[21] Facilities defined as Schedules 2, 3, 4, 5, and 6 are exempt from providing certain services.

Thomas and Ottawa, we met with representatives from the London Health Sciences Centre and the Royal Ottawa Health Care Group. They spoke of their mandates to provide acute care services and their missions as academic health sciences centres. Reference was also made to the importance of community partnerships and the building of community capacity.

Two topics related to institutional care mentioned by a number of witnesses, access to beds and emergency rooms, are discussed below.

Access to Beds

Deinstitutionalization was deemed a noble goal, but some presenters expressed a need for more psychiatric beds. Specific reference was made to Schedule 1 facilities, whose acute care beds should be increased in number, and the subject of a review which would include the development of benchmarks. Another recommendation was the creation of Form 1 capacity in local hospitals, a Form 1 being the application completed by a physician for the purposes of detention in a psychiatric facility for a psychiatric assessment. (See Appendix D for greater detail about the Form 1 and other steps in the admission and treatment process.)

As well, the Committee heard that criteria used to assess whether or not someone is admitted to hospital, how long they stay and when they get discharged need to be reassessed. Some presenters were convinced that discharge and admission decisions are based on bed availability as opposed to need.

"While the new 'model of care' in a community setting may serve the majority of patients well, I speak on behalf of many who are greatly concerned that adequate funding will NOT be received by the facilities treating 'complex' and 'difficult to treat' patients."

A parent

Emergency Rooms

The treatment available in hospital emergency rooms (ERs) for those with mental illness and addictions elicited comments from both organizations and individuals. All agreed that something has to change in these environments. The Committee can well understand that long wait times and confinement in small, noisy areas can create very stressful situations.

We were told that health professionals and other front-line staff working in ERs need to have a greater understanding of mental illness. This could come in the form of mandatory anti-stigma training for all staff, training in mental health de-escalation techniques and the implementation of mental health patient safety guidelines for ERs. Crisis, community-based discharge or peer support workers placed in hospitals/ERs could provide comfort and referrals to appropriate case management, housing and other longer-term resources.

"Emergency service care for mentally ill individuals is miserable; they require almost immediate assistance, but are typically left waiting for hours in an environment that can be very threatening for them."

A sibling

Presenters believed that wait times could be reduced by having hospitals and community organizations work together to develop coordinated, standardized and

measurable non-emergency services. These services could include 24-hour community-based crisis response systems with direct links to hospitals, 24/7 mobile crisis intervention teams and crisis centres. The Committee also heard about mobile crisis home treatment, which is short-term intensive treatment in the individual's home or other types of residences (e.g., shelters).

Among the changes that presenters think could be made within institutions themselves are 24/7 emergency room access for those in crisis, drop-in clinics with professional health care staff, diversion/community mental health liaison programs in high-volume ERs, and crisis safe bed programs.

While in Thunder Bay, the Committee heard from a psychiatric nurse who spoke of her dream of an integrated psychiatric emergency service attached to the ER at Thunder Bay Regional Health Sciences Centre. It would be staffed by psychiatrists and mental health nurses. Confidentiality would be maintained. The attending staff would initiate treatment, and provide limited follow-up and referral to community providers. The service would address individuals with co-morbid mental illness. Timely intervention and response to those with addictions issues would be addressed with community agencies invited to participate in the discharge planning process.[22]

INTEGRATION

"We don't ask those with broken legs to run marathons, or those with heart failure to lift tonnes, but I feel we often ask so much of individuals with mental illness and their caregivers."

A family member

Almost every witness appearing before the Committee has made a plea for some form of service integration. Presenters had strong, sometimes diverging, opinions on this topic. Regardless, words like "silos" and "navigation" have become part of our vocabulary. The CMHA, Ontario Division noted that Ontario has one of the most comprehensive baskets of services in the country. However, there are quite literally hundreds of organizations offering mental health and addictions programs, and at least 10 ministries addressing at least some aspect of the system. Ontarians may not know where to turn when they are facing a mental illness or addiction.

The Committee has been particularly saddened to hear of the many children and youths who fall through the cracks as they transition to the adult system. Families spoke of their frustration at having to repeat their stories over and over again to a multitude of service providers when they do obtain treatment. Many people simply drop out of the system because it is too complex and exhausting to manage.

[22] The Committee received a petition signed by 196 people from the Thunder Bay area supporting the creation of a psychiatric emergency service in the ER at Thunder Bay Regional Health Sciences Centre.

> **"Mental health needs don't fit into life stages or lifestyle activities."**
>
> ***Griffin Centre***

While a shortage of services is responsible for some of the system's shortcomings, the coordination of our existing services appears to be fundamental to reform. The current system is organized around specific needs or age groups, but mental health does not fit into life stages or activities. More specifically, witnesses suggested that the following aspects of the mental health and addictions system would benefit from closer integration:

- children, youth and adult services;
- adult and senior services;
- addiction and mental health services;
- developmental disability and mental health services;
- justice system and mental health services;
- maternal and infant/child services;
- college/university counselling and community mental health services;
- the transition from hospital to community care;
- geographic catchments and planning areas (particularly as these affect LHIN funding);
- mental health and addictions services and the health system in general;
- ministries addressing mental health and addictions; and
- provincial and federal strategies.

Witnesses made a number of recommendations to facilitate integration. Many proposed that case managers or system navigators be used to guide individuals to the appropriate services, advocate on their behalf, and transfer health care information more effectively, thereby ensuring continuity of care. The CMHA, Ontario Division commended the province for providing greater access to case managers in the last few years.

Some also suggested that if funding were to follow clients, rather than be attached to agencies, fewer people would fall through the cracks. One expert argued that "continuity of caregiver," where one psychiatrist is responsible for an individual in an institution and in the community, was an overlooked concept, and just as important as continuity of care.

Another common recommendation was for the "every door is the right door" approach, where individuals are hooked into the network of services regardless of their entry point or type of need. Multiple services could be provided at one location or "hub," or a lead agency could assume responsibility for connecting clients to other parts of the system. There are already examples of successfully integrated services operating in Ontario that could serve as a model to other organizations, such as the Halton Our Kids Network and the CMHA, Grand River Branch.

Others proposed a centralized list of health and community care organizations to assist care providers in making referrals to appropriate services. Greater use of outreach may also be necessary, both to inform individuals of available services, and to monitor their condition and participation.

There was debate about the wisdom of merging some of the province's many community services. Some witnesses suggested that it would reduce confusion and duplication. The CMHA, Toronto Branch argued that there is no evidence that mergers work, and considerable evidence that they do not work. It might be more important to support collaborative planning and service delivery in communities.

Witnesses were also adamant that the "silos" separating ministries must be broken down through stronger formal links. Proposals included assigning one official overall responsibility for the system, creating a secretariat, or establishing an agency like Cancer Care Ontario to oversee the mental health and addictions system.

Witnesses asked that the Committee pay attention to the many documents, policies, and strategies already in place, and partly align its agenda with that of the national government. Finally, the CMHA, Ontario Division cautioned the Committee that mental illness is a complex subject and that reform strategies must be integrated and focus on the entire system.

JUSTICE SYSTEM

"To this day my son has never understood why I charged him . . . he refers to me as 'the woman who claims to be my mother'."

A mother

One of the concerns voiced most frequently to the Committee is that far too many people have their first contact with the mental health system through the justice system. Some witnesses revealed that they were encouraged to have a family member arrested simply to receive badly needed mental health services. Youth are particularly affected by this predicament.

Ontario has a number of innovative justice programs serving the needs of people with mental illnesses and addictions. For example, the province's mental health courts sit on a full- or part-time basis for the exclusive purpose of disposing of cases involving individuals with mental illness or developmental disabilities.[23] Individuals with a mental illness or developmental disability may also be diverted from the justice system entirely and referred to a person, service or hospital to

[23] According to the website of the Toronto Mental Health Court, the largest such court in the province, these courts address pre-trial fitness issues. They also hear guilty pleas, and hold bail hearings, certain NCR (not criminally responsible) trials, and disposition hearings upon a verdict of Unfit (to Stand Trial) or NCR. The Ministry of the Attorney General indicates that other Mental Health Courts currently operate in Kitchener/Waterloo, London, Windsor, Owen Sound, Newmarket, Peel, Walkerton, Sault Ste. Marie, Sarnia Lambton, and Ottawa. Youth Mental Health Courts operate in Newmarket, Ottawa and London.

obtain treatment. Other services include crisis response, emergency services, safe beds, housing, case management, peer support, and links to social, education and employment supports. However, witnesses argued that there are not enough of these services, and that they should be made available before a situation deteriorates to the point of arrest.

Furthermore, individuals who are arrested do not always receive the care they need. Families related moving stories about loved ones who had been abused or even died within the criminal justice system when they should have instead been receiving mental health or addictions treatment. Michael Kirby suggested that the shortage of community services is one cause of this problem; the deinstitutionalization process has yet to be matched with adequate community support. Witnesses argued that more mental health and addictions services need to be provided in correctional facilities, and to prevent people from being criminalized in the first place.

"We have made the streets and prisons the asylums of the 21st century."

Michael Kirby, Former Chair Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Witnesses argued that greater efforts should be made to divert individuals away from the justice system. For example, crisis intervention teams consisting of a nurse and police officer could help move vulnerable people, including those with addictions, into the health care system. Furthermore, as noted elsewhere, greater efforts must be made to inform people of the programs that are already available, and to integrate these programs into a seamless whole. New and existing programs may need additional funding. Ontario's court support programs that are able to connect people to appropriate community services received considerable praise from several witnesses.

Witnesses advocated greater use of addiction courts modelled on Ontario's successful mental health courts.[24] The Ministry of Community Safety and Correctional Services informed the Committee that more than half of Canadian offenders report that substance use was directly related to their offences. Justice programs have a responsibility to explore the connections between social issues such as poverty and homelessness, on the one hand, and mental health, addictions, and criminal behaviour on the other. One witness commented that there is too much emphasis on behaviour modification, and inadequate attention to exploring these underlying issues.

Those that have committed more serious offences may need access to the diversion programs that are available to those committing relatively minor offences. While there appear to be a large number of offences that are eligible for diversion, witnesses suggested that many offenders are not diverted.[25] Better

[24] There are presently two federally funded drug treatment courts, one in Toronto and the other in Ottawa. There is also a drug treatment court in Durham that is not federally funded.

[25] Criminal offences are divided into three classes for the purpose of determining which are eligible for diversion. Persons accused of Class I offences, which include minor crimes such as theft and possession under $5,000, joyriding, and causing a disturbance, are presumptively eligible for diversion. Diversion is not available to persons accused of Class III offences, which include serious crimes such as murder, manslaughter, offences causing serious bodily harm, kidnapping,

assessment, discharge planning, and follow-up upon release from an institution are also required.

Community criminal justice organizations, such as the John Howard Society, requested recognition during the development of the mental health and addictions strategy.

MENTAL HEALTH PROMOTION AND EDUCATION

Witnesses were virtually unanimous in the opinion that the province must engage in various forms of mental health promotion and education, including an anti-stigma strategy.

One of the most important types of education pertains to the signs and symptoms of mental illness and addictions. As stated throughout this report, family physicians, health professionals, police, paramedics, policy makers, teachers, employers, the partners of pre- and post-natal women, seniors' drop-in centres, parents, children—everyone—should have this knowledge so that early intervention becomes a reality. Similarly, everyone, but particularly children and youth, would benefit from consistent, ongoing communications about the risks of drug and alcohol use. Those working directly in the health care field also require more formal training in methods of assessment, early diagnosis, and treatment.

"There isn't a cure yet, but one day there will be, and if our leaders get behind a significant public education program, they'll have fired the first shots in the war to defeat mental illness."

A consumer/survivor

Other witnesses recommended that the 211 system (the Ontario directory of social, health, and government services) be implemented across the province, or that a complete directory of mental health and addictions services be created on a centralized website. Clearer guides to Ontario's mental health legislation could provide clients, physicians, family members, and others with better information about treatment options and other aspects of the system. Although the Committee heard little about workplace mental health, educating employers about—and making them responsible for—healthy workplaces, could increase early diagnosis and reduce the impact of mental illness and addictions.

"Resiliency is the ability to overcome a crisis quickly and move past it. Resiliency also refers to your ability to be connected to the community and feel supported."

Parents for Children's Mental Health

The promotion of positive mental health throughout the lifespan is considered to be one of the most promising directions in mental health and addictions policy, although the Committee has received little testimony pertaining to specific programs or strategies.

---

child abuse, offences against a spouse/partner, and sexual offences. Persons accused of Class II offences (all other offences, including threats, forgery, obstructing justice, dangerous driving, and some assaults) may be eligible for diversion, at the discretion of Crown counsel. See Ontario, Ministry of the Attorney General, *Practice Memorandum on Mentally Disordered/ Developmentally Disabled Offenders*, reprinted in Richard D. Schneider, ed., *Annotated Ontario Mental Health Statutes*, 4th ed. (Toronto: Irwin Law, 2007), p. 678 (Appendix G).

However, the Ministry of Health Promotion highlighted a number of their successful sports and recreation programs. Such programs can improve family and community bonds, empower participants, and increase their sense of self-worth. There is also evidence that they give children resilience to deal with life stresses and potential mental health and addictions issues. Several witnesses also mentioned the Triple P-Positive Parenting Program, developed at Australia's University of Queensland, which aims to prevent behavioural, emotional and developmental problems in children by enhancing the knowledge, skills and confidence of parents.

A number of witnesses asserted that greater attention must be paid to all of the social determinants of health—for example, income, social exclusion, housing, education, and employment—as there is growing evidence that these factors play a major role in mental health and addictions. The Committee heard many times about the fundamental role that "a home, a friend, and a job" play in both prevention of, and recovery from, mental illness and addictions.

"Housing, adequate income supports, and access to the labour force are fundamental to the well-being of individuals and fundamental to our system—for every single one of us."

Centre for Addiction and Mental Health

Anti-Stigma Strategy

People dealing with mental illness and addictions spoke candidly about the painful impact of stigma. Many said that it was the worst aspect of their condition. Stigma is experienced in the housing and employment markets, in the media, and from family and friends. Some people spoke of "self stigma," their own feelings of shame and low self-worth as a consequence of their condition. Tragically, health care workers too often treat individuals with mental illnesses or addictions poorly. As noted earlier, these same workers also experience stigma, working in a devalued sector of the health care system.

Witnesses proposed many ways to tackle stigma. A comprehensive anti-stigma campaign should send a message of optimism, conveying the possibility of recovery and the fact that mental health and mental illness exist on a continuum. Positive images of individuals with a mental illness or addiction, and the health care workers and programs serving them, could reduce stigma and attract more people to the mental health field. Witnesses praised the humour in recent cancer ads, something typically lacking in mental health campaigns. Peer support could also help people to feel better about themselves.

Some cautioned that not all anti-stigma programs are effective. Programs that challenge the myths of what a person with mental illness looks like, ideally through personal contact, are the most consistently effective. It was suggested that Ontario participate in the Mental Health Commission of Canada's anti-stigma campaign. New media popular amongst young people could be particularly effective tools. A number of people suggested

"We need to find a champion for mental illness. The champion needs to be supported by all political parties and have the authority to make the changes that are required."

A family member

that a "champion" for mental health and addictions needs to come forward to promote awareness.

> **"The policy neglect of government plays a critical role in contributing to stigma and discrimination."**
>
> ***A consumer/survivor***

Experts stressed that treatment itself is essential to fighting stigma. The presence of so many individuals who are clearly not receiving treatment sends a negative message about mental illness and addiction. The disparity between mental health and addictions funding, and funding for the rest of the health care system also sends a negative message. The full integration of mental health into the health care system could help to normalize mental illness and reduce stigma.

Finally, the Ontario Human Rights Commission and several other witnesses stressed that stigma is more properly viewed as a rights or discrimination issue. Under the Ontario *Human Rights Code*, there is a legal obligation not to engage in discrimination against individuals with a mental illness, and a positive obligation to prevent and respond to such discrimination where it occurs.

RESEARCH

Research is essential to the better understanding of most mental illnesses and addictions, and the overall functioning of the system. Surprisingly little is known about many conditions. In particular, experts advocated for more research into the causes of mental illness and addictions, and the effectiveness of various treatments. Similarly, there is inadequate sharing of information about proven techniques. Some treatments are introduced based on anecdotal evidence, while others that have proven effective in controlled studies take years to disseminate into clinical practice.

Data collection on mental health indicators would set a baseline that could then allow for the monitoring of treatment effectiveness. Money for academic and practice-based research could also fill some of the knowledge gaps, but appropriate evaluation and assessment tools also need to be developed.

> **"There should be evaluation of every step of every development, so that we can be clear that funding is appropriately being used, that people who need funding and need new treatments are getting them."**
>
> ***Centre for Addiction and Mental Health***

Some witnesses praised the MOHLTC for its forthcoming uniform assessment process for consumers entering the community mental health system (the Ontario Common Assessment of Need, OCAN).[26] The Service Enhancement Evaluation Initiative (SEEI), which has assessed the results of MOHLTC's large investment in community mental health services, has also been well received in the mental health and addictions community. Experts would like similar tools and program or system evaluations

[26] The OCAN is presently being piloted in the North East LHIN and some organizations in the Central West LHIN. Further implementations are forthcoming in the Toronto Central LHIN and South East LHIN. E-mail from staff, Office of the Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, 24 February 2010.

to be developed in the future. In particular, the progress of the new mental health and addictions strategy will need to be monitored.

SPECIFIC ILLNESSES

The Committee has received a considerable amount of testimony pertaining to specific illnesses and conditions.

Anxiety, Depression and Other Mood Disorders

The Committee has received relatively little testimony pertaining to anxiety and mood disorders, including depression, which is perhaps surprising given their incidence and social and economic toll. In particular, CAMH informed the Committee of the vast numbers of Ontarians who suffer from depression, yet either fail to seek treatment or receive inadequate care for this "eminently treatable" disease. Several witnesses spoke of the difficulty they experienced in overcoming specific conditions, and the need for greater awareness. The Committee commends these individuals for speaking publicly.

> **"The population of older persons with depression experiences a suicide rate which is five times higher than that of any other age group."**
>
> ***Canadian Pensioners Concerned***

Autism Spectrum Disorders

The Committee was touched by the stories of families and caregivers struggling with the needs of children and adults with an autism spectrum disorder (ASD). Although ASD services are typically provided by the Ministry of Children and Youth Services (MCYS), there is a sizeable interface with mental health. ASDs are increasing in prevalence, leading to long wait-times for treatment and a heavier burden on families.

Witnesses requested public funding for treatments, research into the full range of possible causes, individualized client-focussed care, social skills and vocational training, expanded funding for intensive behaviour intervention, access to a broader range of health and mental health professionals, and access to a broader range of care (e.g., outpatient, inpatient, day, residential, and respite). Woodview Manor, a not-for-profit mental health centre, was highlighted as one of the few locations offering a broad range of services and supports in one location.

Some witnesses asserted that the MOHLTC should reassume its leadership position for ASDs, arguing that MCYS lacks the necessary funding and medical expertise. There was also criticism of the benchmark criteria employed in Ontario, and concern about adults with an ASD falling through the cracks.

Dual Diagnosis (Developmental Disabilities and Mental Illness)

"I'm sure you'll understand how rejection, teasing, loneliness and isolation for someone with an intellectual disability can lead to depression and anxiety, emotional outbursts, anger and aggression."

National Association for the Dually Diagnosed

Witnesses informed the Committee that a high number of individuals with developmental disabilities—an estimated 38%, or 100,000 people in Ontario—also experience mental health issues. Sadly, these mental health issues can be the consequence of the bullying and sexual abuse that people with developmental disabilities often experience.

Families spoke of their concern for the future of their children with a dual diagnosis. There is a severe shortage of professionals and services capable of treating these clients, who are often excluded from existing services because of their dual condition. These families asked that their children be fully integrated into the mental health and addictions strategy.

Witnesses appealed for many of the things that others have requested: appropriate assessments, case management, more care options in a community setting, supportive housing, mobile crisis services, better integration with mental health and addictions services (perhaps through "specialized care networks"), better coordination between ministries, and strategies aimed at reducing stigma. However, these individuals also have unique needs necessitating access to appropriately trained professionals and new, accredited services that can address the complexities of a dual diagnosis.

Several witnesses asked for assurance that the 2008 MOHLTC and MCSS "Joint Policy Guideline for the Provision of Community Mental Health and Developmental Services for Adults with a Dual Diagnosis" would be implemented.

Eating Disorders

Witnesses asked the Committee to help eating disorders achieve recognition as a serious mental illness, one leading to high rates of death and disability. The condition requires complex treatment that is best provided in a hub or multi-disciplinary setting. However, there are very few dedicated inpatient beds or services in Ontario. Furthermore, there are no residential programs, and no services for those suffering from a concurrent addiction. Youth transitioning to adult services are also inadequately served.

In order to improve the situation, it was proposed that a standardized assessment be developed, and evidence-based treatment disseminated. Some suggested that public education plans promoting general wellness and healthy eating would be more effective than messages emphasizing illness. Anti-bullying strategies could target harassment linked to body type (e.g., being called fat or skinny). Finally, physicians (particularly those in emergency rooms) need to be better educated about eating disorders.

Fetal Alcohol Spectrum Disorder

The Committee received testimony from witnesses across the province about fetal alcohol spectrum disorder (FASD), which affects at least 1% of live births in Canada. Children with FASD generally have mental health and addictions issues and require complex care through their lifespan. Untreated, they suffer considerably and are at increased risk of conflict with the law and suicide. FASD is particularly devastating for First Nations, as discussed above.

Witnesses noted that early diagnosis is key, as is the case with most conditions. However, FASD diagnoses are complex and typically require a multi-disciplinary team. Thus, FASD is frequently misdiagnosed as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism, and treated incorrectly, if at all, or simply dismissed as bad behaviour.

Witnesses advocated for proper diagnostic services, case management, special education and developmental programs, addictions counselling, assisted living options, skills training, the provision of structured environments, and respite care for families.

It was also recommended that a single ministry take the lead for this condition and provide a targeted pool of resources. At present, FASD has "orphan" status, as no ministry assumes responsibility for it, and it lacks an OHIP billing code. Finally, care for individuals with FASD should be incorporated into a strategy for those with concurrent disorders, and a prevention campaign sensitive to the needs of particular communities should be developed.

Perinatal Mood Disorders

Perinatal mood disorders such as postpartum depression are frequently overlooked conditions until a particularly grave case catches the public's attention. When left untreated, these disorders increase the risk of more severe maternal depression and morbidity, and can have a permanent impact on a child's development. In extreme cases, they can lead to suicide and infanticide.

"Mental illness is the most common complication of pregnancy and the most common complication of postpartum, bar none."

A physician

Witnesses appealed for the development of a policy, database, assessment and treatment standards, and a culturally-sensitive screening program. There is also a need for preventative and educational messages targeted at pregnant women, their partners, and obstetricians, paediatricians, and other health care professionals. Witnesses stressed that these efforts require a coordinated effort encompassing experts from outside of primary care.

Good treatment results have been achieved by teams including a counsellor and a psychiatrist. However, some mothers may require a fuller range of services in special homes, and isolated mothers may need follow-up support. Witnesses also suggested that Best Start hubs could be provided with funding to organize peer support meetings for mothers.

Schizophrenia and Other Forms of Psychosis

"The oft-quoted statistic that 1 in 5 citizens suffer from a mental illness obscures the fact that a small percentage of individuals, numbering about 2 to 4%, suffer from psychotic disorders which rob them of the ability to lead a normal life."

A psychiatrist

Many of the recommendations appearing elsewhere in this report relate to schizophrenia and other forms of psychosis in one way or another. However, witnesses also made several more specific recommendations. One expert argued that these conditions merit special consideration in the provincial strategy, owing to their severity. Research and funding should be much higher considering the incidence and toll of these conditions.

Other witnesses noted that early intervention is particularly important for forms of psychosis, as it is believed that the possibility of recovery lessens with each episode.

Witnesses were also adamant that Ontario needs faster and better access to new antipsychotic medications, such as paliperidone and ziprasidone. These so-called third generation antipsychotics do not have as many side effects as older drugs and may lead to greater willingness to take medication, at not much extra cost to the system. Some proposed that psychiatrists and people with lived experience of mental health and addictions should have more input into the drug approval process. Many witnesses seemed particularly optimistic about the use of various forms of peer support for this population of individuals.

Suicide

Families and caregivers highlighted the tragic link between mental illness and addictions, on the one hand, and suicide on the other as they told the Committee about the deaths of their loved ones. The Committee has been deeply saddened by these stories.

Experts confirmed that suicide is often caused by underlying depression or other mental health and addictions issues. Suicide is the tenth leading cause of death in the province—and the second leading cause for youth—resulting in the deaths of 1,100 Ontarians each year. Ontario was advised to follow the lead of other provinces by developing a suicide prevention strategy simultaneously with the strategy for mental health and addictions.

Witnesses stressed that suicide is preventable, and must not be taken for granted. It is essential for community-based prevention and early intervention programs to convey this message. Short-term strategies could include limiting access to lethal means such as firearms, establishing a medication registry showing the quantities individuals have received, and ensuring that the media portrayal of suicidal behaviour, mental illness, and substance abuse is more realistic. Finally, funding for suicide research and improved surveillance is necessary, as it is widely believed that suicide is underestimated as a cause of death.

TREATMENT ISSUES

Care Models

Several witnesses proposed a dramatic change in the way that mental illness and addictions are treated in Ontario. Our current system treats mental illness as an acute disease, one requiring intense hospitalization and minimal support afterwards. It results in frequent relapse, and unnecessary deterioration in many individuals.

Some presenters proposed that mental illness and addictions should instead be treated like manageable chronic conditions such as diabetes or heart disease. Others advocated the recovery model, which emphasizes that individuals with mental illness and addictions can and do recover. Although the chronic disease model and the recovery model are not the same, they share the belief that individuals with mental illness and addictions can live full lives even if they may not be fully cured.

> **"By recovery, we're talking about maximizing the opportunities for each individual experiencing a mental illness to live as full and productive a life as possible. In the mental health field, we often speak of three cornerstones of recovery: a home, a friend and a job."**
>
> ***Canadian Mental Health Association, Ontario Division***

Presenters argued that the use of these alternative models of treatment would entail that individuals be provided with preventative care, education, easily-accessible community support, and life-skills and employment. Clients should never be abandoned upon discharge from hospital, with little attention paid to follow-up or making connections with community services, as is often the case now. They must also be provided with hope and the tools to help themselves. Discharge plans should be replaced with collaborative recovery or wellness plans that incorporate well-defined care paths and opportunities for audits. These plans could be made available electronically to encourage client self-management and family participation.

> **"My story, though unique, is testament to other unsung heroes alike who have faced tremendous obstacles and barriers, adversity and strife, yet still have risen up to re-create and recover."**
>
> ***A consumer/survivor***

Some witnesses expressed concern, however, that the recovery or chronic disease model of mental illness and addictions might lead to a further reduction in acute care services. The transition from institutional-based care to community care has led to a shortage of inpatient beds. It is feared that the recovery model, with its emphasis on empowerment and managing symptoms outside of a hospital setting, could lead to further reductions in service, particularly for seriously ill individuals.

Involuntary Admission and Treatment

"We walked and drove the streets looking for our brother to finally have the police bring him to hospital. To our horror, the hospital did not contain him for the 72-hour observation. We were deflated. Why would the family seek help through the justice of the peace and why would he grant a Form 2 if there is no just cause? Again, this cog in the wheel is just another opportunity for the patient to fall through the cracks."

A brother and a sister

The Committee is particularly concerned about the many witnesses who have experienced difficulty in obtaining care for family members who are clearly ill, yet refuse treatment or are too quickly released from hospital.

The typical story is that a son, daughter, uncle, or friend—often after a crisis or lengthy period of illness—is brought into the hospital on a Form 1 or Form 2. (These forms, and other steps in the admission and treatment process, are explained in Appendix D.) The police are also involved in taking individuals to the hospital, a process that is particularly painful for families. Once in the emergency room, all parties may be forced to wait for hours, causing further stress and often wasting valuable law-enforcement resources. Yet parties wait in the hope that the individual will finally receive the mental health treatment that he or she clearly needs.

Instead, the Committee was told that far too many individuals are being released without receiving adequate treatment. Sometimes, families are not notified that the person is being discharged. When the individual's condition deteriorates some time later, the entire process is repeated again, in a "revolving door" scenario that can continue for years.

The failure to treat very sick individuals often results in prolonged and possibly unnecessary disability, devastating stress for families, and even suicide, homicide, and other acts of violence. Families are also troubled when they have to be the instigator to committing their loved one. Some individuals refusing treatment are nonetheless detained in hospital for extremely long periods. The Committee was moved by the sheer number of these tragic stories, and heartened by those cases where a family member was finally treated after a series of arrests, admissions, and releases.

"If you have a broader harm criterion, or a deterioration criterion that doesn't require a previous admission, you can say, 'Look, if you're not treated, you're going to deteriorate, and I'm pretty sure you're going to be back here in a couple or three weeks. Therefore, I can keep you'."

A mental health policy expert

Ontario's *Mental Health Act (MHA)* sets out the criteria of admission for voluntary and involuntary patients to psychiatric facilities. The *Health Care Consent Act (HCCA)* governs consent to treatment and capacity to give that consent. Several experts recommended that Ontario examine the legislation in other jurisdictions with an eye to increasing the likelihood of successful treatment at the earliest possible point. Other witnesses spoke highly of the province's ACT teams, which have significantly reduced hospitalization time, and recommended that their use be extended to avoid hospitalization altogether, as is the case in Australia and New Zealand, or expanded to include other individuals (e.g., those with a dual diagnosis).

At the same time, rights advocates reminded the Committee that psychiatric patients have been subjected to severe violations of their rights over history. These witnesses argued passionately that involuntary hospital admission and treatment, including Community Treatment Orders,[27] are a continuation of this dark history, and that an individual's autonomy should never be violated, except on the rarest of occasions.

> **"The ability to make decisions about the things which most affect us is fundamental to our rights as human beings and our membership in a democratic society."**
>
> ***Psychiatric Patient Advocate Office***

Privacy

Health information privacy is another extremely sensitive issue raised by many witnesses. Under the terms of Ontario's *Personal Health Information Protection Act, 2004* health information custodians can collect, use and disclose an individual's personal health information only with the express or implied consent of that individual, subject to limited exceptions. Consent and respect for individual autonomy are viewed as integral to our patient-centred health system.

However, family members have sometimes struggled with the consequences of a consent-based system. One mother wrote that she was not sure how seriously to take her son's occasional threats of violence, because he would not allow his psychiatrist to release more information about his condition. Others spoke of not knowing that a loved one was in hospital, or about to be released, until he or she showed up at the door. Yet others have provided information about symptoms to a psychiatrist, only to have this information immediately passed on to the client, exacerbating paranoia and diminishing trust.

> **"Due to very strict interpretation of the privacy laws, any information that we provided to [our brother's] treatment team was communicated directly to [him]. . . . This pattern made it impossible for us to communicate our concerns about his mental state without worsening his paranoia and causing him to mistrust us."**
>
> ***A sibling***

In general, families spoke about their frustration at being emotionally and financially responsible for their loved ones while not being considered a partner by the health care system. Many families asked for a role in the development of a treatment plan.

Some expert witnesses have recommended that Ontario amend its personal health information legislation to allow information to be disclosed to individuals involved in a client's "circle of care." However, patient rights advocates cautioned that treating individuals with a mental illness differently from everyone

---

[27] The Psychiatric Patient Advocate Office explains Community Treatment Orders as follows: A Community Treatment Order ("CTO") is a doctor's order for a person to receive treatment or care and supervision in the community. A person can only be placed on a CTO if very specific rules or conditions are met, including that he or she must have a serious mental illness and have been a patient in a psychiatric facility two or more times, or for a total of 30 days or more, in the last three years. See, Psychiatric Patient Advocate Office, "Community Treatment Orders." Internet site at http://www.ppao.gov.on.ca/inf-com.html, accessed 23 February 2010.

else would only exacerbate stigma, and contributes to feelings of diminished self-worth.

FUNDING

While some of the problems affecting the mental health and addictions system could be resolved through better system integration and the provision of case management and navigation services, other access problems appear to stem from a shortage of services.

> **"We're confronted in this country and this province with an enormous gap between the size of the problem and the health care response."**
>
> ***Centre for Addiction and Mental Health***

The Centre for Addiction and Mental Health reports that mental health and addictions issues account for 13% of death, disability and illness, yet receive only 5% of total health funding in Ontario and Canada. This funding is low relative to other Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries, and Ontario's per capita spending is ranked ninth among Canadian provinces. However, the province also provides funding for mental health services through other ministries, such as Children and Youth Services, and Community and Social Services.

Experts recommended that the mental health and addictions share of total health funding be gradually increased to 10%. Wait lists could be established for certain services, to create a focus for system improvement. Others argued that some services should be mandated in legislation. A number of witnesses suggested that young people should be actively recruited into mental health and addictions careers to address the shortage of professional services.

> **"To be clear, there needs to be more funding for specialized services such as mental health and addictions, including guaranteed core funding for children's mental health services."**
>
> ***OPSEU***

CLOSING COMMENTS

Now that we have reported observations from our hearings across the province, we move on to the next stage of our work: developing recommendations for a final report. The Committee has been very heartened by the constructive discussion generated by and in response to our hearings process. We applaud the courage demonstrated by so many individual presenters and submission writers. We also commend the dedication of those professionals who work in Ontario's mental health and addictions system.

APPENDIX A

Private Member's Motion
Re Select Committee to Develop Mental Health and Addictions Strategy
Carried December 4, 2008

Mrs. Elliott then moved:

That, in the opinion of this House, a Select Committee should be established immediately to develop a comprehensive Ontario mental health and addictions strategy;

That, in developing its strategy and recommendations, the Committee shall focus on the following issues:

The urgent need for a comprehensive mental health strategy in Ontario to work in cooperation with the Mental Health Commission of Canada and to coordinate the delivery of mental health programs and services in Ontario;

The lack of coordination in Ontario for the delivery of mental health programs and services across many provincial ministries;

The mental health issues of children;

The increase in suicide among young people;

The mental health and/or addiction problems of homeless people;

The mental health needs of residents of long term care facilities;

The lack of access to even basic mental health services for aboriginal Canadians in many parts of Ontario; and

The issues facing courts and police across Ontario in dealing with increasing numbers of alleged offenders with significant mental health and/or addiction problems;

That the Committee shall have authority to conduct hearings and undertake research, and generally shall have such powers and duties as are required to develop recommendations on a comprehensive Ontario mental health and addictions strategy; and

That the Committee shall present an interim report to the House no later than the end of 2009, and a final report no later than June 30, 2010.[1]

---

[1] Ontario, Legislative Assembly, *Votes and Proceedings*, 1st Sess., 39th Parl. (4 December 2008): 6. Internet site at http://www.ontla.on.ca/house-proceedings/votes-and-proceedings/files_pdf/December_04_2008.pdf, accessed 4 March 2010.

APPENDIX B

Schedule of Public Hearings
List of Witnesses and Written Submissions

SCHEDULE OF PUBLIC HEARINGS

Public hearings were held in Toronto and various other locations on the dates listed below.

Toronto	April 8 and 22; May 6, 13 and 26; June 3; September 8, 16, 23, and 30; October 7, 21 and 28; November 4, 18 and 25; December 2 and 9
Windsor	June 15
St. Thomas	June 16
Hamilton	June 17
Kingston	June 18
Ottawa	September 9
Sudbury	September 10
Thunder Bay	September 11

The proceedings for each Committee meeting can be accessed via http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee_transcripts_current.do?ParlCommID=8915&locale=en.

LIST OF WITNESSES AND WRITTEN SUBMISSIONS

Organization/Individual	Date of Appearance
Advisory Committee for Mental Health and Addiction Services	September 11, 2009
Alliance of Psychotherapy Training Institutions	September 8, 2009
Alzheimer Society, North Bay and District	September 10, 2009
Alzheimer Society, Thunder Bay	September 11, 2009
Alzheimer Society of Ontario	June 16, 2009
Peter Andruski	September 23, 2009
Associated Youth Services of Peel	December 2, 2009
Brenda Atwood, Karen Miller and Linda Kachar	September 11, 2009
Auditor General of Ontario	May 13, 2009
Eleanor Baker	October 21, 2009
Kathy Baker and Ann Tassonyi	November 18, 2009
Maryse Bélanger	November 25, 2009
Lorie Bell	September 10, 2009
Bethany Residence	December 2, 2009
Donna Bowering	June 16, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Brain Injury Services of Northern Ontario	September 11, 2009
Dr. Alan Brown	November 4, 2009
Chris Brown	Written submission
Glenn Brown	September 8, 2009
Lembi Buchanan	Written submission
Andreas Buchholz	September 11, 2009
Bulimia Anorexia Nervosa Association	June 15, 2009
Dr. Philip Burge	June 18, 2009
Burlington Counselling & Family Services	June 17, 2009
Canadian Association for Pastoral Practice and Education, Ontario	June 17, 2009
Canadian Counselling Association	June 18, 2009
Canadian Hearing Society	June 16, 2009
Canadian Mental Health Association, Champlain East Branch	September 9, 2009
Canadian Mental Health Association, Elgin Branch	June 16, 2009
Canadian Mental Health Association, Nipissing Regional Branch	September 10, 2009
Canadian Mental Health Association, Ontario Division	May 27, 2009
Canadian Mental Health Association, Ottawa Branch	September 9, 2009
Canadian Mental Health Association, Sudbury-Manitoulin Branch	September 10, 2009
Canadian Mental Health Association, Thunder Bay Branch	September 11, 2009
Canadian Mental Health Association, Toronto Branch	October 7, 2009 and written submissions
Canadian Mental Health Association, Windsor Essex County Branch, Consumer Council	June 15, 2009
Canadian Paediatric Society	September 9, 2009 and written submission
Canadian Pensioners Concerned	September 8, 2009
Caritas Project Therapeutic Community	October 21, 2009
Carla	June 17, 2009
Paul Caseola and Adrianne Sequeira	September 8, 2009
Centre for Addiction and Mental Health	June 3, 2009
Centre for Addiction and Mental Health, Centre for Prevention Science	June 16, 2009
Champlain Addiction Coordinating Body	September 9, 2009
Champlain Mental Health Network	September 9, 2009
Chatham-Kent Consumer and Family Network	June 15, 2009
Child Development Institute	October 28, 2009
Children's Centre Thunder Bay	September 11, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Children's Mental Health Ontario	June 3 and December 2, 2009
Eddi Chittaro	June 15, 2009
Sue Clark-Wittenberg	September 9, 2009
Coalition Against Psychiatric Assault	September 23, 2009
Community Counselling Centre of Nipissing	September 10, 2009
Community Networks of Specialized Care	December 2, 2009
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities	November 25, 2009
Dr. Leonardo Cortese	June 15, 2009
Dr. Richard Csiernik	June 16, 2009
Cathy Dandy	September 8, 2009
Dare to Dream Program	September 9, 2009
Dr. Marie-José Dealberto	September 9, 2009
District of Thunder Bay Social Services Administration Board	September 11, 2009
Downtown Guelph FASD Support Group	September 8, 2009
Drug Awareness Committee of Thunder Bay	September 11, 2009
Heather Drummond	September 23, 2009
Catherine and Germaine Dubois	September 9, 2009
Dr. Annette Dufresne	June 15, 2009
Mark Dukes	October 7, 2009
Heather A. Duncan	Written submission
Durham Mental Health Services	June 3, 2009
Echo: Improving Women's Health in Ontario	Written submission
Elgin Respite Network	June 16, 2009
Elgin St. Thomas RAISE Coalition (Reducing Addictions – Increasing Safe Environments)	June 16, 2009
Steve Elson	June 16, 2009
Gamal Eshesh	Written submission
Eva's Initiatives	October 21, 2009
Fair Share Task Force	September 8, 2009
Family Advocates for Mental Health and Addictions	Written submission
Family Service Ontario	November 18, 2009
Kerry Ferguson	June 16, 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Coalition of Ottawa	September 9, 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Stakeholders for Ontario	October 21, 2009
Randi Fine	November 18, 2009
Judith Fink	June 17, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Paul and Denise Finn	June 18, 2009
Patricia Forsdyke	June 18, 2009
Mary Ellen Frederick	June 17, 2009
Frontline Partners W/Youth Network	October 21, 2009
Gerstein Centre	April 22, 2009
Gestalt Institute of Toronto	November 18, 2009
Catherine Gillies	September 11, 2009
Dr. Paula Goering	May 27, 2009
Gorski Centre for Applied Sciences	September 8, 2009
Dr. John Gray	December 9, 2009 and written submission
Griffin Centre	September 8, 2009
Margaret Gunn	Written submission
Mrs. H.M.	September 30, 2009
Lois Hacio	Written submission
Donna Hadida	Written submission
Haldimand-Norfolk Resource Centre	June 17, 2009
Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative	June 17, 2009
Joy A. Hartman	Written submission
David Heath	September 8, 2009
Home Suite Hope Shared Living Corp.	Written submission
Hope Place Centres	September 8, 2009
Hôtel Dieu Hospital/Kingston General Hospital Mental Health Program	November 4, 2009
House of Sophrosyne	June 15, 2009
Barry Hudson	September 23, 2009
Huron Perth Healthcare Alliance	June 16, 2009
Jack Hussman	Written submission
Christina Jabalee, Jennifer Takacs and Carol Farkas	October 28, 2009
John Howard Society of Canada	June 18, 2009
John Howard Society of Hamilton, Burlington and Area	Written submission
John Howard Society of Ontario	Written submission
John Howard Society of Sault Ste. Marie	Written submission
John Howard Society of Sudbury	Written submission
John Howard Society of Thunder Bay and District	September 11, 2009
John Howard Society of Toronto	Written submission
John Howard Society of Waterloo-Wellington	Written submission

Organization/Individual	Date of Appearance
Sheri Johnson-Purden	September 10, 2009
Iris Kairow	September 30, 2009
Kinark Child and Family Services	September 8, 2009
Kinna-aweya Legal Clinic	September 11, 2009
Michael Kirby	May 27, 2009
Dr. H. Rayudu Koka	September 10, 2009
John Layton	Written submission
Dr. Bob Lester	December 2, 2009
Heather Lindsey	June 15, 2009
Loft Community Services	September 8, 2009
London Health Sciences Centre/St. Joseph's Health Care	June 16, 2009
Victoria Long	September 23, 2009
Steve Lurie (see Canadian Mental Health Association, Toronto Branch)	Written submission
Sandra MacLean	September 11, 2009
Magpie Publishing	Written submission
Mainstay Housing	Written submission
Margaret Frazer House	September 8, 2009
Neasa Martin	September 8, 2009
C.J. McCaffrey	September 9, 2009
Lorraine McGrattan and Paul Hamel	June 17, 2009 and written submission
Maureen McLelland	September 10. 2009
Joyce McNeely	September 9, 2009
Jane Mederak	September 30. 2009
Mental Health Legal Committee	September 23, 2009
Mental Health Rights Coalition	June 17, 2009
Vincent De Mercedes-Angelssen	September 23, 2009
Dr. Diane de Camps Meschino	September 16, 2009
Ministry of Aboriginal Affairs	May 6, 2009
Ministry of the Attorney General	April 22, 2009
Ministry of Children and Youth Services	June 3, 2009
Ministry of Citizenship and Immigration	May 6, 2009
Ministry of Community and Social Services	May 6, 2009
Ministry of Community Safety and Correctional Services	May 6, 2009
Ministry of Education	June 3, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Ministry of Health and Long-Term Care	April 22 and December 9, 2009
Ministry of Health Promotion	April 22, 2009
Minwaashin Lodge – Aboriginal Women's Support Centre	September 9, 2009
Rakesh Modi	November 25, 2009
National Association for the Dually Diagnosed	October 28, 2009
Nickel-a-Drink for Addictions and Mental Health Research Foundation	October 28, 2009
Noojmowin Teg Health Centre	September 10, 2009
North of Superior Counselling Programs	September 11, 2009
Northumberland Poverty Reduction Action Committee	November 18, 2009
Offord Centre for Child Studies	June 17, 2009
Frank O'Hara (Family Council/Secret Handshake)	September 23, 2009
Dr. Richard O'Reilly	Written submission
Ontario Art Therapy Association	June 16, 2009
Ontario Association for Suicide Prevention	November 18, 2009
Ontario Association of Consultants, Counsellors, Psychometrists, and Psychotherapists	June 18, 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors	November 25, 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Region 7	September 9, 2009
Ontario Association of Psychological Associates	September 30, 2009
Ontario Association of Social Workers	Written submission
Ontario Coalition of Mental Health Professionals	September 30, 2009
Ontario College Health Association	Written submission
Ontario College of Family Physicians	September 16, 2009 and written submission
Ontario Colleges Counsellors	September 9, 2009
Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders	November 25, 2009
Ontario Consumer and Family Advisory Council (Canadian Mental Health Association, Toronto)	November 18, 2009
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs	November 25, 2009
Ontario Federation of Indian Friendship Centres	Written submission
Ontario Hospital Association	October 7, 2009
Ontario Human Rights Commission	October 7, 2009
Ontario Long Term Care Association	November 4, 2009
Ontario Peer Development Initiative	Written submission
Ontario Psychiatric Association	September 11, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Ontario Public Service Employees Union	September 9 and December 2, 2009
Ontario Public Service Employees Union, Child Treatment Sector	December 2, 2009 and written submission
Ontario Seniors' Secretariat	June 3, 2009
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences	June 18, 2009
Ontario Society of Psychotherapists	September 30, 2009
Ontario Telemedicine Network	June 18, 2009
Open Access to Antipsychotic Medications	Written submission
Our Kids Network (Halton Region)	October 28, 2009
Parents for Children's Mental Health	April 8, 2009
Peel's Children Centre	October 7, 2009
Penny Paterson and John Paterson	June 18, 2009
Petition re Psychiatric Emergency Service at Thunder Bay Regional Health Sciences Centre	Written submission
Colette Pilon	September 10, 2009
Terrie Pitfield	September 10, 2009
Provincial Centre of Excellence for Children and Youth Mental Health	September 9, 2009
Psychiatric Patient Advocate Office	September 8, 2009 and written follow-up
Psychiatric Survivors of Ottawa	September 9, 2009
Joanne Purdon	November 4, 2009
Raising Our Children's Kids (Canada)	June 17, 2009
Madhuri and Kris Ramakrishnan	June 17, 2009
Registered Nurses Association of Ontario	October 7, 2009
Renascent	Written submission
Rideauwood Addiction and Family Services	September 9, 2009
Cindy Robin	September 10. 2009
Gary Robinson	September 8, 2009
Marvin Ross	September 8, 2009
Royal Ottawa Health Care Group	September 9, 2009
Jane Russell	September 9, 2009
St. Jude Community Homes	December 2, 2009
Diane Sacks	October 28, 2009
Schizophrenia Society of Ontario	September 16, 2009
Schizophrenia Society of Ontario, Thunder Bay Chapter	September 11, 2009
Self Help Alliance	June 16, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
Seniors Health Research Transfer Network	November 4, 2009
Victoria Shearon	June 15, 2009
Sherbourne Health Centre	October 7, 2009
Rena Sherring	Written submission
David Simpson	June 16, 2009
Sioux Lookout Community Action Partnership for Fetal Alcohol Spectrum Disorder	September 11, 2009
Social Planning Council of Sudbury	September 10, 2009
Société Alzheimer Society, Ottawa and Renfrew County	September 9, 2009
Société Alzheimer Society, Sudbury-Manitoulin	September 10, 2009
Southern Network of Specialized Care	Written submission
Sky Starr	October 7, 2009
Dr. Cameron Stevenson	June 18, 2009
Jordan Stone and Bowen McConnie (Secret Handshake)	September 30, 2009
Success By 6	September 9, 2009
Sudbury Action Centre for Youth	September 10, 2009
Thames Valley District School Board Mental Health and Wellness Committee	June 16, 2009
Patricia Teskey	September 8, 2009
The Dream Team	Written submission
The Men's Project	September 9, 2009
The New Mentality	November 4, 2009
City of Toronto, Shelter, Support and Housing Administration	October 21, 2009
Kevin Tregunno	September 8, 2009
Judy Tyson	June 17, 2009
United Way/Centraide Ottawa	September 9, 2009
Simone Usselman-Tod	October 21, 2009
Vicky Voukelatos	Written submission
Gaby Wass	June 16, 2009
Waterford Family Council	November 18, 2009
James Weber	September 8, 2009
Marlene Westfall	June 17, 2009
Wesway	Written submission
Jean Wiebe	June 17, 2009
Windsor Essex County Drug Strategy Implementation Group	June 15, 2009
Woodview Manor Parents' Council	November 4, 2009
Mrs. X	September 8, 2009

Organization/Individual	Date of Appearance
York Centre for Children, Youth and Families, Blue Hills Child and Family Centre, Kinark Child and Family Services	December 2, 2009
Youthlink	December 2, 2009
Ewa Zakrzewska	September 30, 2009
416 Community Support for Women	September 8, 2009

APPENDIX C

Schedule 1 Designated Psychiatric Facilities

SCHEDULE 1 DESIGNATED PSYCHIATRIC FACILITIES
Under Ontario *Mental Health Act*[1]

LOCATION	NAME
Ajax	Rouge Valley Health System - Ajax and Pickering Health Centre Site
Barrie	Royal Victoria Hospital
Belleville	Quinte Healthcare Corporation - Belleville General Hospital
Brampton	William Osler Health Centre - Brampton Civic Hospital, Brampton Hospital Campus
Brantford	Brantford General Hospital
Brockville	Royal Ottawa Health Care Group – Brockville Mental Health Centre, including Forensic Treatment Unit
	St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre, Secure Treatment Unit
Burlington	Joseph Brant Memorial Hospital
Chatham	Public General Hospital Society of Chatham
Cornwall	Cornwall General Hospital
Goderich	Alexandra Marine and General Hospital
Guelph	Homewood Health Centre Inc.
Hamilton	Hamilton Health Sciences Corporation - Hamilton General Hospital Site, Chedoke Hospital Site, McMaster University Medical Centre Site, Henderson General Hospital Site
	St. Joseph's Health Care System - Centre for Mountain Health Services Site, St. Joseph's Hospital Site
Kenora	Lake of the Woods District Hospital
Kingston	Hôpital Hôtel-Dieu des Religieuses Hospitalières de St.-Joseph à Kingston/ Hôtel-Dieu Hospital
	Kingston General Hospital
	Kingston Penitentiary, Regional Treatment Centre
	Providence Continuing Care Centre, Mental Health Services (former Kingston Psychiatric Hospital)
Kitchener	Grand River Hospital Corporation - Kitchener-Waterloo Health Centre
Lindsay	Ross Memorial Hospital
London	Regional Mental Health Care, London - St. Joseph's Health Care London

[1] Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Public Information: Health Services in Your Community - Designated Psychiatric Facilities under the *Mental Health Act*," updated 27 October 2003. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/psych/designated.html, accessed 4 March 2010.

	St. Joseph's Health Care, London
	London Health Sciences Centre - University Campus, Victoria Campus
Markham	Markham Stouffville Hospital
Mississauga	Credit Valley Hospital
	Trillium Health Centre-Mississauga Site
Newmarket	Southlake Regional Health Centre
Niagara Falls	Niagara Health System - Greater Niagara General Hospital
North Bay	North Bay General Hospital
	Northeast Mental Health Centre - North Bay Campus
Oakville	Halton Healthcare Services Corporation - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital Site
Orillia	Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Oshawa	Lakeridge Health Corporation - Oshawa Site
Ottawa	Children's Hospital of Eastern Ontario
	Hôpital Montfort
	Queensway Carleton Hospital
	Royal Ottawa Mental Health Centre - Royal Ottawa Health Care Group
	Regional Children's Centre, Royal Ottawa Hospital - Royal Ottawa Health Care Group
	The Ottawa Hospital - Civic Campus, General Campus
Owen Sound	Grey Bruce Health Services - Owen Sound Site
Penetanguishene	Mental Health Centre Penetanguishene
Peterborough	Peterborough Regional Health Centre - Hospital Drive Site
Richmond Hill	York Central Hospital
St. Catharines	Niagara Health System - St. Catharines General Site
St. Thomas	Regional Mental Health Care, St. Thomas - St. Joseph's Health Care, London
Sarnia	Sarnia General Hospital
Sault Ste. Marie	Plummer Memorial Hospital
Stratford	Stratford General Hospital
Sudbury	Northeast Mental Health Centre - Sudbury Campus
	Northeast Mental Health Centre - Regional Children's Psychiatric Centre
	Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital
Thunder Bay	St. Joseph's Care Group - Lakehead Psychiatric Hospital Site
	Thunder Bay Regional Hospital

Timmins	Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district
Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary Health Centre Site
	Scarborough Hospital - General Division Site, Grace Division Site
	North York General Hospital - General Division Site
	Humber River Regional Hospital - Finch Avenue Site, Church Street Site, Keele Street Site
	Centre for Addiction and Mental Health
	Baycrest Hospital
	William Osler Health Centre - Etobicoke Hospital Campus
	Mount Sinai Hospital
	Trillium Health Centre - Queensway Site
	St. Joseph's Health Centre
	St. Michael's Hospital - Bond Street Site, Wellesley Central Site
	Sunnybrook Health Sciences Centre
	Toronto East General and Orthopaedic Hospital Inc.
	University Health Network - Toronto General Hospital Site, Toronto Western Hospital Site, Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital Site
Welland	Niagara Health System - Welland Hospital site[2]
Whitby	Whitby Mental Health Centre
Windsor	Hôtel-Dieu Grace Hospital - Hôtel-Dieu of St. Joseph's Site
	Windsor Regional Hospital
Woodstock	Woodstock General Hospital

[2] Formerly Welland County General Hospital.

APPENDIX D

Ontario's *Mental Health Act* and *Health Care Consent Act, 1996*

Introduction

This appendix provides a brief summary of Ontario's *Mental Health Act* as it relates to voluntary and involuntary admission to psychiatric facilities, and the *Health Care Consent Act, 1996* as it relates to consent to treatment and the capacity to give that consent.

Ontario's *Mental Health Act*

One purpose of Ontario's *Mental Health Act* (*MHA*) is to set out the criteria of admission for voluntary and involuntary patients to psychiatric facilities.[1]

Form 1 – Application by Physician for Psychiatric Assessment

Under the terms of the *MHA*, if a family member or caregiver is able to persuade an person to see a physician, the physician can assess the patient according to a list of criteria that has been described as a "serious harm test:"

> **15.**(1) Where a physician examines a person and has reasonable cause to believe that the person,
>
> (a) has threatened or attempted or is threatening or attempting to cause bodily harm to himself or herself;
>
> (b) has behaved or is behaving violently towards another person or has caused or is causing another person to fear bodily harm from him or her; or
>
> (c) has shown or is showing a lack of competence to care for himself or herself,
>
> and if in addition the physician is of the opinion that the person is apparently suffering from mental disorder of a nature or quality that likely will result in,
>
> (d) serious bodily harm to the person;
>
> (e) serious bodily harm to another person; or
>
> (f) serious physical impairment of the person,
>
> the physician may make application in the prescribed form for a psychiatric assessment of the person.

---

[1] *Mental Health Act*, R.S.O. 1990, c. M.7. E-laws Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm, accessed 24 February 2010.

It is important to note that not all of the criteria set out in paragraphs (a), (b) and (c) must be met. Instead, the physician is required to establish the existence of only one of the behaviors described. However, the physician must also establish that the disorder will likely result in one of the harms in paragraphs (d), (e) and (f).[2] It is also possible for a police officer to conduct a similar assessment, and to take an individual into custody for examination by a physician in an appropriate place (generally, a hospital).[3]

The document to be completed by the physician is known as a "Form 1," or an "Application by Physician for Psychiatric Assessment." Once completed, it allows any person to take the individual who is the subject of the application to a psychiatric facility for detention of up to 72 hours for the purposes of psychiatric assessment.[4] There is no right to apply to the Consent and Capacity Board (CCB) for a review of the criteria for the issuance of a Form 1. The CCB is the administrative tribunal with the authority to adjudicate matters of capacity, consent, civil committal, and substitute decision making.[5]

Form 2 – Order for Examination

An alternative method available to family members and others in this situation is to appear before a justice of the peace to provide sworn information that a person is suffering from a mental disorder.[6] The "Form 2" order, or an "Order for Examination under Section 16," is directed to the police and provides them with authority to take the person into custody and to detain them for the purpose of examination by a physician.[7]

Form 3 – Certificate of Involuntary Admission

Once a person has been taken to hospital and has remained there for 72 hours for assessment, the person can be admitted against his or her will for a longer period only if the conditions in s. 20(5) of the *MHA* are met. This section requires that the symptoms of the mental disorder be such that there is a likelihood of serious bodily harm either to the patient or to another person, or that the patient will experience serious physical impairment unless detained in a psychiatric facility.[8] Alternative grounds for involuntary hospital admission were added to the *MHA* in 2000 to address persons with recurrent mental illness.[9]

There are various safeguards in the law of involuntary admission. The physician who completes a Form 3, the "Certificate of Involuntary Admission," cannot be the same as

---

[2] Katharine Byrick and Barbara Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario* (Toronto: Ontario Hospital Association, March 2009), p. 31.
[3] *Mental Health Act*, s. 17.
[4] Ibid., s. 15(5).
[5] According to the CCB's website, over 80% of its applications involve a review of a person's involuntary status in a psychiatric facility under the *Mental Health Act*, or a review under the *Health Care Consent Act* of a person's capacity to consent to or refuse treatment.
[6] Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 33.
[7] *Mental Health Act*, s. 16.
[8] Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 36.
[9] These provisions are set out in s. 20(1.1) of the *MHA*.

the person who completed the Form 1, building a second medical opinion into the process. Further, the first certificate of involuntary admission expires after two weeks and the first certificate of renewal lasts for one month. There are time limitations with respect to subsequent certificates of renewal. The patient has the right to apply to the CCB for a review of whether the criteria for issuing or renewing a certificate of involuntary admission are met. Even if the patient chooses not to apply to the CCB, the *MHA* provides that the fourth certificate of renewal must be reviewed by the Board.[10]

Ontario's Health Care Consent Act, 1996

Ontario's *Health Care Consent Act, 1996* (*HCCA*) governs consent to treatment and capacity to give that consent.[11] The admission of an individual to a psychiatric facility and the individual's subsequent treatment in that facility are considered distinct matters in Ontario.

A fundamental principle of health care in Ontario is that treatment shall not be administered without the consent of the individual in question.[12] Health lawyers Katherine Byrick and Barbara Walker-Renshaw summarize the situation as follows:

> If a patient is capable, then that patient will decide whether to consent to, or refuse, the proposed treatment. If a patient is not capable, then a Substitute Decision-Maker will be asked to make the decision on their behalf.[13]

There is a two-pronged capacity test under the *HCCA*. A person is capable with respect to treatment if they are able (1) to understand the information that is relevant to making a decision and (2) to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or a lack of decision.[14]

No treatment can be initiated if a patient indicates that he or she intends to apply or has applied to the CCB for a review of a finding of incapacity, except in an emergency.[15] Unless the parties agree to a postponement, the CCB must meet to hear the application within seven days and must provide a copy of its decision to the parties the following day. If the CCB upholds the practitioner's finding of incapacity, treatment cannot be initiated if the patient appeals the Board's decision to the courts.

---

[10] Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 40.

[11] *Health Care Consent Act*, S.O. 1996, c. 2. E-laws Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm, accessed 24 February 2010.

[12] Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 7.

[13] Ibid. There are exceptions in the case of an emergency and if a person has been accused of a criminal offence (and the treatment is required in order to stand trial). These requirements are outlined in s. 25(3) of the *HCCA, 1996*, and s. 672.59(1) of the *Criminal Code*, R.S.C. 1985, c. C-46.

[14] *Health Care Consent Act*, s. 4(1).

[15] Ibid., ss. 18(3) and (4).

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

Rapport provisoire

2e session, 39e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité spécial de la santé mentale et des dépendances
Comité spécial de la santé mentale et des dépendances rapport préliminaire

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Select Committee on Mental Health and Addictions interim report.
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4435-2491-9

1. Santé mentale, Services de—Ontario. 2. Santé mentale—Politique gouvernementale—Ontario. I. Titre. II. Titre: Select Committee on Mental Health and Addictions interim report.

RA790.7 C3 O56 2010 362.2'09713 C2010-964015-2F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances a l'honneur de présenter son rapport provisoire et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Kevin Daniel Flynn

Queen's Park
Mars 2010

COMPOSITION DU

COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

2e session, 39e législature

KEVIN DANIEL FLYNN
Président

CHRISTINE ELLIOTT
Vice-présidente

BAS BALKISSOON

FRANCE GÉLINAS

HELENA JACZEK

SYLVIA JONES

JEFF LEAL

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

Susan Sourial
Greffière du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

Carrie Hull
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS iii

INTRODUCTION 1
- Mandat du Comité 2
- Antécédents 3
- Réunions du Comité 4
- Visites sur place 5

DÉPENDANCES ET TROUBLES CONCOMITANTS 5

GROUPES DE POPULATION 7
- Enfants et jeunes adultes 7
  - Financement 8
  - Prévention/Dépistage rapide/Intervention précoce 9
  - Système d'éducation 9
- Membres des Premières nations, Inuits et Métis 10
  - Collectivités du Nord 11
  - Collectivités du Sud 11
- Personnes âgées 13
  - Maladie d'Alzheimer et démences connexes 13
  - Foyers de soins de longue durée 14
- Francophones 14
- Nouveaux arrivants et réfugiés 14

SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES 15
- Éducation et emploi 16
- Aide financière 16
- Logement 17
- Intercession juridique 18
- Soutien par les pairs 19
- Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins 19

PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ 20
- Soins primaires 20
- Psychiatres 22
- Autres professions 23

SOINS EN ÉTABLISSEMENT 23
- Accès à des lits 24
- Salles des urgences 24

INTÉGRATION 25

SYSTÈME DE JUSTICE 27

PROMOTION ET ÉDUCATION EN SANTÉ MENTALE 29
- Stratégie anti-stigmatisation 31

RECHERCHE 32

MALADIES PARTICULIÈRES 33
- Anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur 33

Troubles du spectre autistique 33
Diagnostic mixte (déficiences intellectuelles et maladie mentale) 34
Troubles de l'alimentation 34
Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale 35
Troubles de l'humeur périnataux 35
Schizophrénie et autres formes de psychose 36
Suicide 36

QUESTIONS DE TRAITEMENT 37
Modèles de soins 37
Admission en cure obligatoire et traitement 38
Protection de la vie privée 39

FINANCEMENT 40

MOT DE LA FIN 41

ANNEXE A : Motion d'initiative parlementaire

ANNEXE B : Calendrier des audiences publiques; Liste des témoins et des mémoires

ANNEXE C : Établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1

ANNEXE D : *Loi sur la santé mentale* et *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario

LISTE D'ABRÉVIATIONS

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
Assurance-santé	Assurance-santé de l'Ontario
BCFPI	Brief Child and Family Phone Interview (brève entrevue téléphonique de l'enfant et de sa famille)
BIPEP	Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
DART	Drogue et alcool - Répertoire des traitements
ECBO	Évaluation commune des besoins en Ontario
ESF	Équipe de santé familiale
GCI	Gestion de cas intensive
IEAS	Initiative d'évaluation de l'amélioration des services
LCSS	*Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*
LSM	*Loi sur la santé mentale*
MSEJ	Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse
MSSC	Ministère des Services sociaux et communautaires
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMA	Ontario Medical Association
OT	Programme Ontario au travail
OTMC	Ordonnance de traitement en milieu communautaire

POSPH	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SMEO	Santé mentale pour enfants Ontario
SU	Salle des urgences
TCD	Traitement communautaire dynamique
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TSA	Troubles du spectre autistique
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

INTRODUCTION

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances est heureux de présenter ce rapport provisoire. Chacun des membres du Comité s'est porté volontaire en raison de son engagement personnel à l'égard de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Les problèmes de maladie mentale et de dépendance touchent de nombreuses familles, et personne n'est à l'abri des conséquences. En tant que représentantes et représentants de circonscriptions réparties à travers l'Ontario, nous sommes conscients des épreuves que les gens doivent surmonter et des efforts qu'ils doivent déployer pour obtenir des soins pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille, ainsi que de la joie qu'apporte le rétablissement des personnes malades.

« Au cours de la trentaine d'années que j'ai passées à prendre soin de l'être aimé, j'ai appris à servir de cuisinier, de barbier, de garçon de courses, d'infirmière, de travailleur social et de défenseur improvisés. J'ai appris quand me mettre en colère et quand prier, quand jurer et quand me taire. J'ai appris à demander — ou plutôt à supplier — qu'on m'aide, qu'on me comprenne, qu'on me soutienne. »

Un membre de la famille

Le Comité a été honoré et encouragé de voir la réception enthousiaste que lui a réservée le public partout dans la province. Nous avons écouté attentivement des membres passionnés de la famille, de braves survivants et des fournisseurs de soins de santé dévoués. Nous savons très bien qu'il existe des problèmes importants avec le système actuel de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et que beaucoup de gens s'attendent à ce que des changements y soient apportés. Nous espérons que notre travail aidera à donner une voix à ces personnes si souvent ignorées et stigmatisées qui nous ont dit de façon si émouvante qu'elles avaient besoin « d'un toit, d'un ami et d'un emploi ». Leur détermination à se rétablir devrait inspirer notre détermination à les aider dans cette voie.

Ce rapport provisoire résume le travail que le Comité a fait jusqu'ici pour examiner les problèmes de santé mentale et de dépendance et reconnaître les liens qui existent entre eux. Il s'articule autour des grandes questions de santé mentale et de dépendance, et des principaux groupes touchés. Il contient aussi des renseignements de base sur les antécédents et le mandat du Comité, ainsi que sur les dates et lieux des audiences et des visites sur place.

« En termes économiques, les problèmes de maladie mentale et de toxicomanie coûtent à l'Ontario environ 34 milliards de dollars par an [...] Bien sûr, des millions de familles ontariennes savent que le coût le plus élevé ne se mesure pas en dollars et en cents. »

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Le rapport cite également certains commentaires que le Comité a trouvés particulièrement touchants ou utiles pour comprendre le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les citations ne sont pas attribuées directement à leurs auteurs, mais certains des organismes concernés sont nommés.

Bien que le rapport contienne de multiples propositions formulées par les nombreux témoins qui ont comparu devant le Comité ou qui lui ont soumis des

mémoires, les membres du Comité se sont efforcés de rester neutres. Notre rapport final contiendra une série de recommandations à prendre en compte dans l'élaboration de la stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Un dernier mot : bien que le Comité représente trois partis politiques, nous nous sommes efforcés de travailler en collaboration, dans un esprit d'impartialité. Nous croyons que, quelles que soient nos convictions politiques, nous sommes tous déterminés à renforcer la capacité de l'Ontario à lutter contre la maladie mentale et les dépendances.

Mandat du Comité

Le 24 février 2009, l'Assemblée législative de l'Ontario a donné son consentement unanime à une motion créant un Comité spécial de la santé mentale et des dépendances chargé d'envisager une vaste stratégie provinciale de santé mentale et de lutte contre les dépendances et de rendre compte de ses observations et recommandations. Pour élaborer ses recommandations, le Comité :

- travaillera avec des consommateurs et des survivants, des fournisseurs, des experts et d'autres intéressés afin de déterminer les besoins qui existent dans la province;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des enfants et des jeunes adultes;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des membres des Premières nations (dans les réserves et hors réserve), des Inuits et des Métis;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des personnes âgées;
- trouvera des manières de mieux utiliser les possibilités et les initiatives existantes au sein de l'actuel système de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- explorera des approches novatrices de prestation des services dans la collectivité;
- repérera les possibilités d'améliorer la coordination et l'intégration des services entre les secteurs pour tous, y compris les personnes présentant à la fois des problèmes de santé mentale et de dépendance;
- soulignera l'importance de l'intervention précoce et de la promotion de la santé lorsqu'il est question de diagnostic et de traitement pour la santé mentale et les problèmes de dépendance;
- envisagera les besoins en santé mentale et en lutte contre les dépendances des francophones et des minorités ethniques confrontées à des différences linguistiques et culturelles;

- examinera la question de l'accès aux soins, notamment les soins primaires et d'urgence, pour les personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance;
- étudiera le continuum existant des services sociaux et des mécanismes de soutien destinés aux personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance, ce qui comprendrait la justice, le logement avec services de soutien, et le soutien à l'éducation et à la formation professionnelle.

Le Comité était censé présenter son rapport final à l'Assemblée avant la fin de la session du printemps 2010; cependant, s'il déterminait qu'il avait besoin de plus de temps, il pouvait adopter une motion repoussant le délai d'un maximum de trois mois[1].

Le Comité a décidé qu'il voudrait avoir plus de temps pour préparer son rapport final et il a adopté une motion prolongeant le délai de trois mois, c'est-à-dire au 3 septembre 2010.

Antécédents

Le Comité connaît et apprécie beaucoup les travaux réfléchis qui ont précédé sa propre étude sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Parmi les efforts plus récents, mentionnons le rapport novateur publié en 2006 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*; le rapport diffusé en novembre 2006 par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*; le rapport présenté en 2008 par Roy McMurtry et Alvin Curling, *Examen des causes de la violence chez les jeunes*; et le rapport publié en 2009 par la Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*.

Deux développements survenus en Ontario sont particulièrement dignes de mention : la création du Groupe consultatif ministériel et l'adoption d'une motion d'initiative parlementaire. L'ancien ministre de la Santé et des Soins de longue durée a établi le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances en octobre 2008. Le Groupe consultatif ministériel, qui réunit des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et de dépendance, des membres de leurs familles, des fournisseurs et des chercheurs, aidera à établir une nouvelle stratégie décennale pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Dans un premier temps, le Groupe consultatif ministériel a publié un document de travail, *Chaque porte est la bonne porte*, au Sommet sur la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui s'est tenu à

[1] Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1re session, 39e législature (24 février 2009) : 3; et Ontario, Assemblée législative, *Journal des débats*, 1re session, 39e législature (24 février 2009) : 5006.

Toronto en juillet 2009. Le ministre a aussi établi un groupe interministériel qui contribue à l'élaboration de la stratégie[2].

Le 4 décembre 2008, Christine Elliott (PC – Whitby-Oshawa) a proposé que l'Assemblée législative établisse immédiatement un comité spécial chargé d'élaborer une vaste stratégie ontarienne de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le Comité devait mettre l'accent sur un certain nombre de questions, dont les besoins des enfants et des résidents des établissements de soins de longue durée et le manque de coordination interministérielle dans la prestation des services. La motion a été adoptée à l'unanimité[3]. (Le texte complet de la motion est reproduit à l'annexe A.)

Réunions du Comité

Le Comité s'est réuni pour s'organiser et discuter de questions d'affaires en mars et au début avril 2009. Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans d'autres villes de la province de la mi-avril au début décembre.

Les audiences du printemps à Toronto comprenaient des présentations par des ministères qui jouent un rôle dans la prestation des services provinciaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le vérificateur général de l'Ontario a parlé des vérifications pertinentes décrites dans son *Rapport annuel 2008*. Ont aussi comparu durant cette période des invités présents à titre personnel ou comme représentants de groupes d'intervenants (par exemple, l'ancien sénateur Michael Kirby au nom de la Commission de la santé mentale du Canada).

Au cours des semaines qui ont suivi, le Comité a entendu des consommateurs/survivants, des membres de leurs familles, des professionnels des soins de santé et des services sociaux et des représentants d'organismes concernés.

En tout, le Comité a tenu 25 audiences publiques durant lesquelles il a entendu plus de 200 personnes et organismes. Au 31 décembre 2009, il avait reçu plus de 30 mémoires ainsi que de nombreux articles et autres documents concernant la santé mentale et les dépendances. Le calendrier des audiences publiques du Comité ainsi qu'une liste des témoins et des mémoires figurent à l'annexe B.

Il est à noter qu'une grande partie des commentaires et recommandations présentés au Comité ne sont pas mentionnés dans le rapport. On n'y trouve généralement pas d'énoncés concernant des organismes particuliers, ce qui ne veut pas dire que les commentaires en question ont été mis de côté ou ignorés.

---

[2] Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances, *Chaque porte est la bonne porte – Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Document de travail* (Toronto, Imprimeur de la Reine, juillet 2009), pp. 5 et 7.

[3] Ontario, Assemblée législative, *Journal des débats*, 1re session, 39e législature (4 décembre 2008) : 4489; et Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1re session, 39e législature (4 décembre 2008) : 6.

Le Comité voudrait remercier tous ceux et celles qui ont participé à ses audiences ou qui ont soumis des mémoires pour le temps considérable qu'ils ont consacré à cette tâche et pour leur générosité d'esprit.

Visites sur place

Outre les audiences traditionnelles, le Comité a visité divers endroits afin de mieux comprendre et apprécier le fonctionnement du système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances et sa capacité à répondre aux besoins de ses clients. Il a pris le temps de visiter des installations et de parler au personnel du Centre de toxicomanie et de santé mentale sur la rue Queen Ouest à Toronto, du Centre régional de santé mentale de St. Thomas et d'Eva's Phoenix, un des refuges du groupe Eva's Initiatives, à Toronto.

Le Comité a aussi visité plusieurs collectivités et organismes de soins de santé des Premières nations. La Première nation Sandy Lake, la Nation des Oneidas de la Thames et la bande Six Nations de Grand River ont gracieusement accepté l'invitation du Comité à discuter de leurs problèmes de santé mentale et de dépendance. Des représentants de Weeneebayko Health Ahtuskaywin, de Weeneebayko Area Health Authority et de l'Hôpital général de la baie James ont accueilli le Comité à l'Hôpital général de Weeneebayko à Moose Factory. Enfin, des représentants de Nodin Child and Family Intervention Services, une direction de Sioux Lookout First Nations Health Authority, ont partagé leur expertise avec le Comité lors d'une visite sur place à Sioux Lookout.

Nous passons maintenant à l'objet principal de ce rapport provisoire, qui résume les délibérations des audiences et le contenu des nombreux mémoires présentés au Comité.

DÉPENDANCES ET TROUBLES CONCOMITANTS

« Un Ontarien sur cinq fera un usage abusif d'alcool ou de drogues qui nécessitera un traitement à un moment donné dans sa vie. Pour 2 % à 3 % de la population ontarienne, cela devient un problème chronique. »

Hope Place Centres

Le Comité a entendu de nombreux témoignages concernant différents types de dépendances. Des témoins ont parlé publiquement de leur lutte personnelle. Certains ont déploré le grave manque de services de lutte contre les dépendances, particulièrement pour les personnes qui connaissent aussi des problèmes de santé mentale. Il faut souvent profiter de la brève période durant laquelle une personne est finalement prête à s'affranchir de sa dépendance. Lorsque cette période prend fin, il est possible que cette personne ne cherche plus jamais à obtenir de l'aide. Par ailleurs, de nombreux clients font des rechutes inutiles parce qu'il s'écoule trop de temps entre les différentes étapes du traitement.

Le vérificateur général a fait écho à cette préoccupation, soulignant que certaines parties de la province étaient particulièrement touchées par les longues périodes d'attente. Des programmes de toutes sortes — à domicile, institutionnels, portes ouvertes, résidentiels, ambulatoires, avant et après traitement — sont nécessaires. On demandait aussi plus de programmes de sensibilisation et de traitement à plus

long terme, ainsi qu'un financement permanent du ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) pour l'Initiative de traitement de la toxicomanie à l'intention des bénéficiaires du programme Ontario au travail (OT).

Des témoins ont souligné la nécessité d'intégrer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. À l'heure actuelle, les clients potentiels sont souvent informés qu'ils doivent surmonter leur problème de toxicomanie avant de pouvoir accéder à d'autres services de santé mentale. Des fournisseurs de services ont confessé qu'ils avaient parfois l'impression de n'avoir d'autre choix que de restreindre l'accès à cause du manque de fonds. Comme beaucoup de toxicomanes ont aussi des problèmes de santé mentale, ce manque d'intégration a de graves conséquences.

La base de données DART[4], qui contient des renseignements sur les programmes de lutte contre les dépendances offerts à travers la province, a fait l'objet d'éloges. Des témoins ont toutefois laissé entendre qu'elle est trop compliquée et qu'elle n'améliore pas nécessairement l'accès parce que les clients sont exclus des programmes pour de nombreuses raisons. Il a été recommandé de diviser les services ontariens de traitement de la toxicomanie en trois catégories : les programmes limités au traitement des dépendances, les programmes capables de traiter des troubles concomitants et les programmes améliorés de traitement des troubles concomitants.

Certains témoins ont demandé à la province de se pencher davantage sur la réduction des méfaits et de sensibiliser davantage la population ontarienne à ses mérites. D'autres étaient d'avis qu'il faudrait la sensibiliser davantage aux dépendances en général. Un ancien toxicomane a demandé au Comité d'engager des gens comme lui dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les dépendances, et de financer des programmes visant à dissuader les jeunes qui consomment déjà de la drogue de continuer. Il a fait remarquer qu'à l'heure actuelle, les organismes demandaient des subventions pour les programmes qui leur semblaient les plus susceptibles d'obtenir un financement, plutôt que pour les programmes les plus nécessaires.

Le Comité est très préoccupé par l'usage croissant d'analgésiques sur ordonnance très toxicomanogènes tels qu'OxyContin et Percocet, comme il l'a souligné lors de sa visite à la Première nation Sandy Lake et à d'autres collectivités rurales et du nord de la province, qui ont toutes besoin d'aide pour combattre cette dépendance particulièrement sévère. Un organisme a recommandé que les médecins soient sensibilisés à la nécessité de réduire la prescription de ces drogues.

Plusieurs témoins ont recommandé que les recherches et les programmes de lutte contre les dépendances soient financés par une taxe modeste sur l'alcool ou sur les produits de la narco-criminalité.

---

[4] Le Répertoire des traitements – Drogue et alcool (DART) est exploité par CONNEXOntario et financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité est conscient du fait que l'incidence d'alcoolisme et de toxicomanie est plus élevée chez les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il a aussi été informé d'un lien peu connu entre les problèmes de dépendance et les maladies mentales : près de la moitié des cigarettes vendues sont fumées par des personnes atteintes d'une maladie mentale[5]. Chose plutôt étonnante, le Comité a entendu peu de témoignages sur la dépendance au jeu à ce jour.

GROUPES DE POPULATION

Bien que le Comité ait tenu des audiences très inclusives englobant les préoccupations du grand public, il avait notamment pour mandat d'examiner les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances de certains groupes : les enfants et les jeunes adultes; les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis; les personnes âgées; les francophones et les membres des minorités ethniques.

Enfants et jeunes adultes

Entre 15 % et 21 % des enfants ont au moins un problème de santé mentale; 14 % des enfants et des jeunes souffrent d'un trouble psychiatrique diagnostiqué; et le suicide est la deuxième grande cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans.

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'intention des enfants et des jeunes adultes ont suscité plus de préoccupations et de recommandations que ceux destinés à n'importe quel autre groupe. Le Comité a entendu des parents et des jeunes qui ont parlé ou écrit avec passion sur les défis quotidiens auxquels ils sont tous confrontés. Des personnes qui travaillent avec des enfants et des jeunes et avec leurs familles nous ont aussi parlé de leurs frustrations et de leurs espoirs.

Les représentants du Programme oser rêver nous ont appris que 75 % des cas diagnostiqués de maladie mentale se déclarent avant l'âge de 24 ans. L'Offord Centre for Child Studies a mené la dernière Étude sur la santé des jeunes ontariens il y a 20 ans; il a dit au Comité que la province devait faire une nouvelle estimation de la prévalence des maladies mentales et des besoins connexes. De l'avis de Michael Kirby, président du comité sénatorial qui a publié *De l'ombre à la lumière*, les services offerts aux enfants représentaient le pire du système canadien de santé mentale. (*De l'ombre à la lumière* parlait de son statut de « parent pauvre » au sein du système de santé[6].)

---

[5] Cette statistique était incluse dans la trousse que la Nickel-a-Drink Research Foundation a soumise au Comité. Nous avons fait enquête et découvert que ce chiffre était tiré de l'étude suivante : Karen Lasser, J. Wesley Boyd, Steffie Woodhandler et coll., « Smoking and Mental Illness: A Population-based Prevalence Study », *Journal of the American Medical Association* 284 (22 novembre 2000) : 2606-2610.

[6] Canada, Parlement, Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* (Ottawa, le Comité, mai 2006), p. 197.

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) est le principal ministère responsable des enfants et des jeunes de 18 ans et moins qui connaissent des problèmes de santé mentale. Contrairement aux services de protection de l'enfance, les services de santé mentale destinés aux enfants ne sont pas régis par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*; ils sont fournis dans la mesure où des ressources sont disponibles. La plupart des services sont basés dans la collectivité. En 2006, le MSEJ a publié un cadre stratégique, *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*. La première étape de la mise en œuvre du cadre consiste à le « mapper » par rapport aux services actuellement fournis. Le MSEJ continue d'organiser des ateliers régionaux avec des intervenants afin de mettre en commun les leçons tirées de l'exercice de mappage.

Les discussions et mémoires portaient sur une foule de questions, dont les difficultés associées aux transitions liées à l'âge, les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et l'autisme, dont il est question plus loin dans le rapport. Trois questions, examinées ci-après, revenaient constamment sur le tapis : le financement; la prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce; et le système d'éducation.

Financement

Le financement se répercute sur tous les aspects des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En période de récession économique, la demande augmente et l'impact sur les services est plus marqué que d'habitude. Des témoins nous ont dit qu'il était difficile pour les programmes de réaliser leur potentiel à cause du financement à court terme. Les organismes devaient passer beaucoup de temps à demander un financement et à le renouveler. Les contraintes budgétaires nuisent à la capacité des organismes communautaires à recruter et retenir du personnel, étant donné les salaires plus élevés offerts en milieu institutionnel.

Le vérificateur général a renseigné le Comité sur la vérification des services de santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes dont il est question dans son *Rapport annuel 2008*. Les organismes ont du mal à maintenir les services de base parce que le financement est lié aux besoins antérieurs et à la population. Certains témoins ont recommandé d'appliquer une formule de financement fondée sur la population. Selon Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO), le financement est réparti entre 440 organismes de tailles variées, dont 85 sont des membres accrédités de SMEO[7]. Le vérificateur général a lui aussi mentionné cette fragmentation et précisé que les périodes d'attente et les traitements offerts aux enfants ayant le même problème de santé mentale différaient selon la région.

« Nous avons besoin de plus de ressources pour ces 10 % d'enfants et de jeunes atteints d'une maladie mentale grave et chronique. »

Offord Centre for Child Studies

Le coût empêche de nombreuses familles d'accéder aux services en temps opportun. Les Parents for Children's Mental Health ont déclaré qu'il y avait un problème évident de financement et souligné qu'ils devaient s'armer de patience

[7] Courriel du personnel, Santé mentale pour enfants Ontario, Toronto, 18 février 2010.

et utiliser leurs propres fonds pour que leurs enfants puissent participer à des programmes spéciaux.

Prévention/Dépistage rapide/Intervention précoce

La prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce ont été présentés comme des volets essentiels d'un système plus efficace et plus efficient. Dans la plupart des cas, les médecins sont le premier point de contact des personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale ou de dépendance. Le Comité s'est fait dire que les médecins étaient mal préparés à traiter les problèmes de ce genre, car ils reçoivent peu de formation dans ces domaines.

« Nous devons faire des investissements considérables dans la période allant de la naissance à six ans et investir au moment où la résistance à toutes sortes de troubles chroniques, particulièrement aux problèmes de santé mentale, peut même prévenir ces troubles. »

Ontario College of Family Physicians

La Société canadienne de pédiatrie a indiqué que 40 % des visites à des pédiatres avaient un volet santé mentale, mais que seulement 20 % des enfants et jeunes concernés étaient traités pour ce genre de problème. Elle estimait qu'une intervention précoce permettrait de régler environ 70 % de ces cas.

SMEO a déploré le manque de programme systématique de dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants. Ce groupe a informé le Comité que seulement 125 organismes de santé mentale pour enfants avaient recours à l'outil de dépistage courant appelé Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI).

Le vérificateur général a fait remarquer que la plus importante conclusion de la vérification des organismes de santé mentale pour les enfants et les jeunes était la nécessité de mettre davantage l'accent sur le dépistage rapide et l'intervention précoce. Les organismes visités ont indiqué qu'ils auraient besoin de l'aide des écoles à cet égard. Des témoins ont parlé de coopération interministérielle et de partenariats entre les conseils scolaires et les organismes.

Selon certains intervenants, on pourrait aider à prévenir les problèmes en aidant les familles à offrir un environnement mentalement sain à leurs enfants. Il faudra enseigner au personnel de différents secteurs comment repérer les signes avant-coureurs associés aux problèmes de santé mentale et de dépendance pour qu'il puisse intervenir en conséquence.

Système d'éducation

De nombreux témoins ont proposé des moyens de mieux intégrer le système d'éducation à une stratégie de santé mentale. Les troubles de santé mentale se manifestent souvent à travers les problèmes de comportement à l'école. Une préoccupation majeure est la nécessité de former le personnel. Le Comité s'est fait dire que le

« Beaucoup de jeunes enfants souffrant de troubles de santé mentale non diagnostiqués sont si anxieux ou si déprimés qu'ils ne peuvent pas se concentrer, ils ne peuvent pas fréquenter l'école de façon assidue, ils échouent et finissent par décrocher. »

Un pédiatre

personnel, particulièrement les enseignants, devait apprendre à reconnaître les problèmes possibles de santé mentale ou de dépendance, afin d'en informer les familles et d'aiguiller les enfants vers les services appropriés.

Les témoins étaient d'avis qu'on pourrait ajouter des cours au curriculum afin de sensibiliser les élèves aux problèmes de santé mentale et de dépendance, mais ils avaient différentes opinions sur le moment opportun d'aborder la question. Il a notamment été fait référence au concept des écoles comme pierre angulaire de l'intégration des services éducatifs, sociaux et de santé ainsi qu'à l'évaluation des enfants et des jeunes.

Les conseils scolaires offrent un certain nombre de programmes pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants et contribuer à leur mieux-être. Des soutiens extérieurs sont recommandés quand l'école n'est pas en mesure de répondre aux besoins. Le ministère de l'Éducation collabore avec le MSEJ à l'exercice de mappage et à l'Initiative de leadership en matière de soutien aux élèves, qui vise à forger des partenariats entre les conseils et les organismes communautaires ou à les améliorer.

De plus en plus d'étudiants de niveau postsecondaire chercheraient à obtenir des services de counselling. Ce groupe court d'ailleurs un risque élevé de maladie mentale. Le secteur de l'enseignement postsecondaire est considéré comme un environnement idéal pour les stratégies de promotion et d'intervention précoce, mais on nous a dit qu'il fallait établir des partenariats pour transformer un système décrit comme fragmenté et sous-financé.

Membres des Premières nations, Inuits et Métis

Comme il est noté plus haut, le Comité a visité plusieurs collectivités des Premières nations et organismes offrant des services de santé physique et mentale et de lutte contre les dépendances. Le Comité avait notamment pour mandat d'examiner les besoins des Métis et des Inuits de la province, mais personne n'est venu témoigner ni n'a présenté de mémoire au nom de ces groupes.

« On peut se demander qu'est-ce que toute cette histoire a à voir avec la santé mentale. Je pense que le phénomène — peut-être intergénérationnel — des traumatismes historiques soulève actuellement de nombreuses discussions. »

Noojmowin Teg Health Centre

Une histoire d'oppression, les conséquences des écoles résidentielles, le chômage, l'isolement et d'autres facteurs contribuent aux taux plus élevés de traumatisme, de maladie mentale et de dépendance chez les membres des Premières nations. Les clients des organismes de santé mentale et de toxicomanie des Premières nations ont des besoins multiples et complexes.

Le Comité a reçu un certain nombre de plaintes sur la complexité des ententes fédérales et provinciales de financement pour les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances offerts aux collectivités et aux membres des Premières nations. On a également soulevé la possibilité que les liens entre les collectivités

des Premières nations et leurs réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ne soient pas assez solides.

Collectivités du Nord

Le Comité a été directement témoin des efforts déployés par les dirigeants communautaires pour combattre la nouvelle menace des analgésiques sur ordonnance à Sandy Lake, et de la détresse des travailleurs de la santé face au suicide dans les collectivités situées le long de la baie James. Des grands-parents vieillissants doivent prendre soin de leurs petits-enfants lorsque les parents, handicapés par leur dépendance, sont incapables d'obtenir des services adéquats.

Il existe une grave pénurie de services pouvant répondre aux besoins de cette population, particulièrement dans le Nord. Les soins sont donc généralement offerts à la suite d'une crise. Par exemple, Sandy Lake a lancé son propre programme de traitement avec peu de moyens financiers ou de soutien professionnel. Le Comité a été très impressionné par ces efforts, mais il ne suffit pas de faire preuve de bonne volonté. Sandy Lake a demandé des fonds pour ce programme, et d'autres collectivités ont demandé de l'aide pour la plupart des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, dont les services aux enfants, la sensibilisation des jeunes, les visites de psychiatres et de personnel infirmier psychiatrique, les soins aux aînés et le traitement des dépendances à toutes les étapes.

« Vous êtes venus à Sandy Lake à un moment décisif. Comme vous le savez peut-être, l'accoutumance aux médicaments de prescription est un grave problème pour de nombreuses collectivités des Premières nations et la nôtre ne fait pas exception. »

Première nation Sandy Lake

Il faut aussi plus de soutien social et économique général sous forme de programmes d'éducation et d'alphabétisation, de possibilités d'emploi, de campagnes contre le racisme, de services de justice et de déjudiciarisation, et de programmes de financement de l'infrastructure. Le Comité peut témoigner des besoins immédiats de logement amélioré.

Il est à espérer que la télémédecine permettra d'améliorer l'accès aux services requis dans l'avenir. Des témoins ont toutefois suggéré que le premier contact devrait se faire en personne. La création d'une équipe de spécialistes en santé mentale qui pourraient venir par avion aiderait aussi les collectivités du Nord à accéder à des services.

Collectivités du Sud

Les Premières nations du sud de la province ont elles aussi du mal à répondre aux besoins de leurs collectivités. Des membres de la Nation des Oneidas de la Thames ont parlé ouvertement de leur incapacité d'établir des liens avec autrui et de leur manque de confiance envers le monde extérieur, deux problèmes résultant des traumatismes subis dans les écoles résidentielles. Des autobus amènent les enfants aux écoles des grands centres, alors qu'ils n'ont pas l'estime de soi nécessaire pour faire face aux enjeux urbains auxquels ils seront confrontés. Les Oneidas ont demandé des programmes d'intervention précoce pour leurs enfants

et leurs jeunes, ainsi que des programmes d'apprentissage des compétences parentales pour les adultes qui reflètent leurs traditions.

Les membres des Six Nations à Brantford ont parlé de leur situation tout aussi complexe. Malgré l'admirable service de santé mentale offert par la collectivité, les problèmes de dépendance sont blâmés pour une récente augmentation des taux de crime et de violence. Les Six Nations ont demandé des programmes de formation en soutien par les pairs, de gestion des symptômes de sevrage, d'aide postpénale, de suivi et de déjudiciarisation adaptés aux besoins des Premières nations. Les fournisseurs de services de santé mentale ont aussi souligné la nécessité de mieux diagnostiquer les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui font des ravages dans les collectivités des Premières nations partout au pays.

Le taux de suicide des jeunes autochtones est 5 ou 6 fois plus élevé que celui des jeunes non autochtones; 20 % disent renifler de la colle, et 20 % à 25 % souffrent d'un trouble affectif. La moitié des jeunes contrevenants autochtones et 8 % des enfants autochtones sont atteints de TSAD.

Ministère des Affaires autochtones

Des témoins qui ont comparu dans différentes villes ont demandé de l'aide pour élaborer une stratégie d'engagement des jeunes. Les jeunes doivent avoir une image positive de l'histoire et des peuples des Premières nations, et de l'espoir pour l'avenir. Des centres de traitement de longue durée ainsi que des programmes de soutien en cas de rechute, de prévention dirigée par des pairs, d'aide postpénale et de sensibilisation — particulièrement pour les femmes enceintes et les jeunes — sont tous requis afin d'offrir un meilleur soutien aux toxicomanes vivant dans des réserves ou hors réserve.

Certains témoins ont présenté des demandes plus précises, par exemple pour le financement des programmes de mentorat ou des échanges entre les travailleurs des soins de santé en milieu autochtone, et pour une conférence en vue du lancement d'une stratégie de recherche sur les problèmes de santé mentale et de dépendance des Autochtones.

Les membres des Premières nations, dans le Nord comme dans le Sud, nous ont demandé de respecter leur droit d'utiliser leurs propres méthodes, dont la guérison traditionnelle, pour régler les problèmes qui existent dans leurs collectivités. Une plus grande sensibilisation à leur histoire et à leurs traditions serait aussi considérée comme un pas en avant. Des témoins ont demandé d'accorder une attention spéciale aux programmes de financement adaptés à la culture, particulièrement ceux administrés par et pour les membres des Premières nations. Les fournisseurs de soins de santé doivent être sensibilisés aux problèmes des Premières nations, parce que les mauvais diagnostics sont courants. De plus, étant donné la taille de nombreuses collectivités, il pourrait être nécessaire d'offrir des services externes afin de préserver la confidentialité. Il est aussi difficile pour de nombreuses collectivités de retenir du personnel. Enfin, des membres des Premières nations ont demandé à être pleinement représentés dans l'élaboration de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Personnes âgées

Les personnes âgées forment un segment de plus en plus important de la population ontarienne. La plus grande partie de cette hausse est attribuable aux plus de 85 ans. D'après les chiffres fournis par le Secrétariat aux affaires des personnes âgées, entre 10 % et 15 % des personnes âgées présenteraient des symptômes de dépression.

« Les personnes âgées consomment jusqu'à 40 % des médicaments prescrits au Canada et la plupart d'entre elles consomment plusieurs sortes de médicaments à la fois. »

Secrétariat aux affaires des personnes âgées

Le Comité s'est fait dire que le fait de pallier la pénurie de spécialistes en soins gériatriques, d'éduquer et de former des professionnels des soins de santé, des fournisseurs de services et des aidants naturels nous aiderait à mieux comprendre la complexité et la diversité des problèmes de santé mentale et de dépendance des personnes âgées. Cela permettra d'accélérer le diagnostic et d'améliorer le traitement. Des intervenants ont déclaré que des services communautaires améliorés répondraient aux besoins d'un plus grand nombre de personnes âgées et offriraient une solution de rechange aux soins de longue durée.

La maladie d'Alzheimer et les démences connexes ainsi que les foyers de soins de longue durée ont suscité plus de préoccupations que n'importe quelle autre question concernant les personnes âgées.

Maladie d'Alzheimer et démences connexes

Le risque de démence augmente avec l'âge. Il existe différentes formes de démence; la maladie d'Alzheimer, qui affecte 66 % des personnes atteintes de démence, est celle qu'on retrouve le plus souvent chez les aînés. Selon la Société Alzheimer d'Ontario, plus de 180 000 Ontariennes et Ontariens souffrent de démence et ce nombre doublera en moins de 25 ans. En janvier 2010, la Société Alzheimer du Canada a publié *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Elle estime que, si nous ne faisons rien, 2,8 % des Canadiens seront atteints de démence d'ici 2038, comparativement à 1,5 % en 2008[8].

« La démence est plus qu'un problème de santé important. Elle risque d'engloutir notre système de soins de santé si des changements fondamentaux ne sont pas apportés à la recherche, au financement et à la prestation des soins. »

Un aidant membre de la famille

Selon les témoins, la coordination et l'intégration des services permettront de venir en aide au nombre croissant de personnes atteintes de démence et à leurs fournisseurs de soins tout au long de l'évolution de la maladie. Il faudra notamment prévoir d'autres services gériatriques spécialisés, former le personnel, améliorer l'évaluation, le diagnostic et l'intervention précoce, et tenir compte des effets sur les systèmes de soins actifs, de soins communautaires et de soins de

[8] La démence devrait coûter plus de 872 milliards de dollars en frais de santé directs, en frais de renonciation des aidants non rémunérés et en frais indirects associés à la prestation de soins non rémunérés au cours des 30 prochaines années. Voir Société Alzheimer du Canada, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada – Sommaire exécutif* (Toronto, la Société, janvier 2010), p. 10.

longue durée. On a aussi fait valoir la nécessité d'offrir un répit aux fournisseurs de soins qui mettent tant d'énergie à répondre aux besoins de leurs proches que leur propre bien-être en souffre.

Foyers de soins de longue durée

Les soins, le traitement et la sécurité des personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance préoccupent non seulement les travailleurs du secteur ontarien des soins de longue durée, mais aussi les parents et amis des résidents des foyers de soins de longue durée. Selon l'Ontario Long Term Care Association, on noterait une amélioration de la santé mentale au moment de l'admission et après. L'Association a cité des données récentes selon lesquelles 26 % des résidents auraient déclaré que leurs symptômes de dépression s'étaient aggravé sur une période de trois mois, et 2 % auraient déjà été admis dans un hôpital psychiatrique.

Des témoins ont parlé de la nécessité d'accroître et de renforcer les partenariats entre les établissements de soins et les ressources telles que les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les conseils familiaux et les spécialistes en santé mentale. Ils ont réclamé un financement approprié pour que les établissements puissent accueillir les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale, notamment en prévoyant plus d'unités spécialisées et/ou des unités de plus en plus spécialisées et en assurant l'éducation et la formation continues du personnel. On a mentionné la nécessité d'un outil d'évaluation complet et efficace que les CASC pourraient utiliser pour déterminer le potentiel de comportement agressif avant l'admission. Ceci aidera à déterminer les établissements à recommander dans chaque cas. Il a aussi été suggéré de réviser les politiques de réadmission dans un établissement après un congé ou une période d'absence, afin de prévoir suffisamment de temps pour les évaluations comportementales.

« Les établissements de soins de longue durée doivent être financés de façon adéquate afin de pouvoir accueillir les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale. »

Comité consultatif des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Francophones

Le Comité avait notamment pour mandat d'examiner les besoins des francophones en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances, mais les témoins n'ont guère parlé de ces besoins. Certains ont demandé d'accroître le financement et d'accorder une plus grande attention à cette question. À Sudbury, nous avons entendu parler de la difficulté d'amener des psychiatres francophones à établir leur pratique dans cette collectivité.

Nouveaux arrivants et réfugiés

Le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration a parlé des défis qui rendent les immigrants et les réfugiés plus vulnérables à la maladie mentale et aux dépendances (p. ex. chômage et sous-emploi, absence de réseau familial et social). Les immigrants doivent aussi surmonter des obstacles à l'accès, dont les

barrières linguistiques, la méconnaissance des services, et les différences culturelles dans l'interprétation de la maladie mentale.

Plusieurs témoins ont souligné que les traumatismes non traités sont une des principales causes de maladie mentale et de dépendance, particulièrement dans le cas des femmes, des immigrants, des réfugiés et des collectivités relativement défavorisées qui connaissent des taux élevés de violence.

« Nous voyons des gens originaires de pays déchirés par la guerre qui sont victimes de traumatismes, des femmes et des enfants victimes de violence familiale et des jeunes victimes de mauvais traitements. »

Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative Services

Certains témoins étaient d'avis que les traducteurs jouaient un rôle utile dans les systèmes de services sociaux et de santé. Ils croyaient qu'un financement et des efforts de recherche accrus aideraient à comprendre les besoins des immigrants et des membres des minorités visibles. Des programmes de sensibilisation et de développement des compétences culturelles étaient considérés comme essentiels pour obtenir des résultats positifs.

SERVICES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES

Au printemps 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a déclaré que les services offerts par des organismes communautaires de santé mentale et financés par le gouvernement incluaient : plus de 300 programmes communautaires de santé mentale; 79 équipes de traitement communautaire dynamique (TCD)[9]; l'intervention en cas de crise; la gestion de cas intensive (GCI); l'intervention précoce en cas de psychose; des programmes de formation professionnelle; des initiatives à l'intention des consommateurs/survivants; et le logement avec services de soutien. Le gouvernement finance aussi des services de traitement à l'intention des alcooliques et toxicomanes et des joueurs compulsifs.

Dans son *Rapport annuel 2008*, le vérificateur général a procédé à une vérification des services communautaires de santé mentale et constaté que le MSSLD avait atteint son objectif en matière de désinstitutionnalisation, à savoir réduire le nombre de lits réservés aux soins psychiatriques à 35 par tranche de 100 000 personnes, et que certaines bonnes pratiques locales de coordination étaient en place. Le financement n'a cependant pas suivi les gens désinstitutionnalisés dans les collectivités. Le MSSLD a estimé que, pour maintenir l'objectif en matière de désinstitutionnalisation, il devrait octroyer 60 % des fonds à des organismes communautaires. Selon le rapport de vérification, ce ministère a dépensé environ 39 $ pour les services communautaires pour chaque tranche de 61 $ consacrés aux services en établissement en 2006-2007[10]. Il est

« Nous avons constaté que le niveau de soutien communautaire n'était pas encore suffisant. »

Vérificateur général de l'Ontario

[9] Les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) sont des équipes multidisciplinaires qui fournissent des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

[10] Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008* (Toronto, le Bureau, 2008), p. 202.

difficile d'accéder à des services communautaires efficaces en temps opportun, les RLISS indiquant que les périodes d'attente peuvent durer jusqu'à 180 jours.

Comme il est expliqué plus haut, le vérificateur général a constaté que le financement fondé sur les niveaux antérieurs avaient créé d'importantes disparités entre les régions. Au moment de la vérification, le financement moyen par personne des services communautaires variait entre 19 $ et $115. (La vérification des programmes de lutte contre les dépendances effectuée en 2008 citait une analyse du MSSLD selon laquelle les 14 RLISS affectaient de 3 $ à 40 $ à ces programmes[11].) Des témoins ont demandé un nouveau modèle de financement reconnaissant les besoins relatifs.

De nombreux témoins et mémoires réclamaient un financement accru pour un éventail de services de soutien communautaires. Ils parlaient de la nécessité de créer des environnements favorisant la camaraderie et le soutien social; l'expression « un foyer, un ami et un emploi » revenait souvent. Des activités récréatives, nutritionnelles et culturelles pourraient être offertes par l'entremise des centres communautaires, des bibliothèques et des centres d'éducation des adultes. Il a aussi été question des personnes ayant des besoins complexes auxquels il est difficile de répondre. (Voir aussi les sections « Intégration » et « Questions de traitement » du rapport.)

« J'aimerais avoir plus d'activités intéressantes la fin de semaine afin de me sentir moins seul. »

Un consommateur/survivant

Les secteurs de services qui ont suscité le plus de commentaires sont examinés ci-après : l'éducation et l'emploi; l'aide financière; le logement; l'intercession juridique; le soutien par les pairs; et le soutien aux familles et aux fournisseurs de soins.

Éducation et emploi

Les soutiens à l'éducation, à la formation et à l'emploi facilitent la réinsertion sociale et aident à trouver un travail valorisant. Un emploi peut améliorer non seulement la situation financière d'une personne mais aussi, ce qui est peut-être tout aussi important, son estime de soi. Des témoins pensaient que les critères d'admissibilité à ces services pouvaient être assouplis, car il est parfois difficile d'y accéder. Les employeurs sensibles aux problèmes de maladie mentale et de dépendance offriront un environnement rassurant où les personnes touchées sont plus susceptibles de se sentir acceptées et de réussir.

Aide financière

Les données fournies par le MSSC indiquent clairement qu'une forte proportion de clients qui bénéficient d'une aide sociale et d'un soutien à l'emploi ont ou risquent d'avoir des problèmes de santé mentale ou de dépendance. Par exemple, 72 % des résidents des foyers disaient avoir au moins un problème diagnostiqué de santé mentale. Plus de 50 % des bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) ont une incapacité mentale. D'après

[11] *Ibid.*, p. 60.

les résultats d'un sondage réalisé par la Ville de Toronto, 86 % des sans-abri font l'objet d'un diagnostic de maladie mentale ou de toxicomanie pour toute leur vie.

Les témoins considéraient les taux d'aide sociale comme insuffisants, particulièrement dans le cas du POSPH. D'après eux, les taux du POSPH devraient couvrir le coût réel de la vie et augmenter avec le taux d'inflation ou l'indice des prix à la consommation.

« Je voudrais que le gouvernement fournisse de l'argent à ceux d'entre nous qui souffrent d'une maladie mentale pour que nous puissions relever notre niveau de vie au-delà du niveau de subsistance. »

Un consommateur/survivant

Le Comité a appris que, d'après les recherches, les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital ont moins de chances de se retrouver dans la rue lorsqu'elles reçoivent de l'aide dans le cadre du POSPH ou d'OT[12]. Une autre étude montrait que les bénéficiaires du POSPH étaient beaucoup plus susceptibles de s'affranchir du système d'aide sociale s'ils recevaient des soins de santé mentale et d'autres services communautaires[13].

On nous a dit que l'examen du système d'aide sociale devrait aller au-delà de la surface. On était particulièrement préoccupé par les désincitations au travail intégrées au POSPH et les dispositions de récupération qui empêchent les bénéficiaires de sortir du trou. Ces désincitations incluaient la perte de l'assurance-médicaments, la réduction des paiements versés aux personnes qui touchent un revenu de travail, et les complications associées à la crainte de rechute et de retour au système d'aide.

Logement

Le Comité s'est fait rappeler à plusieurs reprises à quel point le logement était important. Selon les témoins, la fourniture d'un logement peut aider à réduire les symptômes psychiatriques ainsi que le nombre de visites inutiles à la salle des urgences (SU) et de séjours prolongés à l'hôpital. Les termes « abordable », « sûr », « subventionné » et « avec services de soutien » étaient fréquemment employés pour décrire les types de logement désirés[14].

« Il n'y a pas de santé mentale sans foyer. »

The Dream Team

[12] C. Forchuk, S.K. Macclure, M. van Beers et coll., « Developing and testing an intervention to prevent homelessness among individuals discharged from psychiatric wards to shelters and 'No Fixed Address' », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15 (2008) : 569-75.

[13] Institut canadien d'information sur la santé, « *Existe t il un lien entre la durée de séjour à l'hôpital et la réadmission pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie?* », *Analyse en bref*, 17 avril 2008.

[14] Le mémoire déposé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale mentionnait trois types généraux de logement destinés aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une dépendance : en milieu surveillé, avec services de soutien et subventionné. [*Traduction*] « Un logement en milieu surveillé est un établissement à but lucratif offrant gîte et couvert mais avec peu ou pas de services de soutien à la réadaptation. Un logement avec services de soutien est une habitation collective avec services de soutien à la réadaptation. Un logement subventionné est une approche fondée sur les points forts qui vise à aider les clients à obtenir et à garder un logement indépendant dans la collectivité. »

Dans sa vérification des services communautaires de santé mentale, le vérificateur général a relevé un manque critique de logement avec services de soutien dans la plupart des régions, même s'il y avait des places vacantes ici et là dans la province. Les RLISS ont indiqué au personnel de vérification qu'un logement abordable avec services de soutien constituait la pierre angulaire d'un système rentable de soins communautaires. Selon le personnel du MSSLD, la politique gouvernementale en vigueur met l'accent sur les suppléments au loyer pour que les personnes touchées puissent vivre dans la collectivité.

Un organisme a recommandé que soit nommé un groupe responsable de la gestion des demandes et des listes d'attente pour tous les logements avec services de soutien sur son territoire. Cette centralisation permettrait d'uniformiser le processus de demande, d'améliorer le service à la clientèle, d'établir des statistiques fiables sur les listes d'attente aux fins de la planification stratégique, et d'améliorer les services offerts aux personnes qui ont besoin de soutien en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

D'autres témoins ont laissé entendre que la Stratégie à long terme de logement abordable du ministère des Affaires municipales et du Logement ainsi que la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances permettraient de coordonner la prestation d'un soutien au logement aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance[15]. Les stratégies de logement antérieures peuvent servir de modèles. Ils nous ont aussi rappelé les besoins des refuges et les coûts que ceux-ci doivent supporter pour offrir des services aux sans-abri qui ont des problèmes complexes de santé mentale et de dépendance.

Intercession juridique

Le Comité s'est fait dire qu'il devrait être plus facile d'accéder à des services d'intercession juridique. Les services fournis par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) sont offerts uniquement dans les anciens hôpitaux psychiatriques; ils n'ont pas été transférés à la collectivité. Il a été suggéré qu'on pourrait faire contrepoids au rôle joué par le BIPEP dans la protection des droits issus de la loi en nommant un défenseur provincial des traitements.

[15] Le ministère des Affaires municipales et du Logement a terminé les consultations sur sa Stratégie à long terme de logement abordable en décembre 2009. Un rapport pourrait être publié d'ici la fin du printemps 2010. Entrevue téléphonique avec le personnel, Bureau du sous-ministre, ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Ontario, Toronto, 19 février 2010.

Soutien par les pairs

> **« Je pense qu'un réseau quelconque de soutien par les pairs serait idéal. »**
>
> ***Un consommateur/survivant***

On a beaucoup parlé et écrit au sujet de ce que les anciens clients pourraient nous apprendre en participant à la prestation des services. Des témoins nous ont dit que l'expérience acquise par les consommateurs/survivants qui participent aux initiatives, particulièrement à la prestation des services de soutien par les pairs, pouvait aider à réduire les périodes d'attente et d'hospitalisation et à améliorer l'accès.

Le Comité a appris que des services de soutien par les pairs pouvaient être offerts de façon formelle ou informelle par l'entremise des bureaux de conférenciers, des programmes d'éducation publique, de recherche et d'évaluation, des SU des hôpitaux et des lignes téléphoniques de soutien préventif, et que ces services pouvaient aider les clients à naviguer dans le système et à défendre leurs intérêts. Le projet de trousse de soutien par les pairs de l'Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs permettra aux organismes d'entraide d'accréditer les travailleurs pairs d'ici septembre 2010.

Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins

Les familles et les fournisseurs de soins offrent un soutien important aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance, mais ils risquent de s'épuiser et de connaître des difficultés financières en conséquence. D'après les résultats d'un sondage mené en 2009 auprès de 200 familles prenant soin d'une personne atteinte d'une maladie mentale, 80 % d'entre elles se sentaient accablées ou gravement stressées.

On nous a dit que les groupes de soutien à la famille pouvaient offrir de l'aide, une éducation, un répit et des possibilités de discussion. Les groupes constitués par des consommateurs/survivants et des fournisseurs de soins pourraient délivrer de précieux enseignements aux familles. Nous avons aussi appris qu'un soutien structuré à la famille pouvait être intégré au plan de rétablissement des personnes qui désirent mettre leur famille à contribution. (Voir aussi la discussion sur la vie privée dans la section « Questions de traitement » du rapport.)

Des témoins ont affirmé que les méandres du système rendaient difficile l'accès au traitement. La création de postes de « navigateur » aiderait les familles à reconnaître les symptômes, à obtenir un diagnostic, à comprendre les questions de droit (p. ex. confidentialité des renseignements sur les soins de santé), et à s'y retrouver dans le dédale de services. (Voir aussi la section « Intégration ».)

> **« Notre famille a été très frustrée par la difficulté de trouver quelqu'un qui pourrait nous voir; par le temps qu'il a fallu attendre pour le rendez-vous initial, par le temps entre les rendez-vous et par le manque de ressources disponibles. »**
>
> ***Un membre de la famille***

Des membres de la famille ont parlé de la nécessité de fournir des ressources didactiques, particulièrement en ce qui concerne leur rôle comme fournisseurs de soins. On pourrait commencer par créer des liens Internet vers des sources fiables d'information à jour. Les soins de

relève donnent aux fournisseurs de soins le temps de poursuivre leurs intérêts personnels, sociaux et récréatifs. Une aide financière sous forme d'indemnité aux aidants naturels bénéficierait à ceux et celles qui touchent un revenu insuffisant pour tirer parti des mesures d'allégement fiscal. Un témoin nous a dit qu'une indemnité de ce genre avait été annoncée par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse en août 2009[16].

PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Bien que le médecin de famille soit la première personne à consulter pour obtenir des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, de nombreux professionnels des soins de santé, des services sociaux et de la santé mentale participent à la prestation de ces services. Les avantages des équipes multidisciplinaires et d'une plus grande collaboration entre les professions étaient largement reconnus.

Soins primaires

Certains témoins étaient d'avis qu'il fallait promouvoir les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans les centres de soins primaires, car ces services peuvent accélérer le diagnostic et l'intervention, particulièrement dans le Nord. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a attiré notre attention sur le fait que les médecins de famille et les membres du personnel infirmier communautaire étaient les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour une maladie mentale ou une dépendance, et qu'ils faisaient environ 80 % du travail dans ce secteur.

Nous nous sommes fait dire que les professionnels de la santé mentale pouvaient et devraient jouer un rôle plus actif dans la prestation des soins de santé primaires ou des soins partagés. Les modèles possibles comprennent la co-occupation (c.-à-d. qu'un organisme communautaire de santé mentale partage des locaux et un personnel avec des services de soins primaires), des liens entre les médecins et les psychiatres, la supervision du personnel des équipes de santé familiale (ESF) par un fournisseur communautaire de services de santé mentale, et l'intégration de psychiatres et de travailleurs sociaux aux cabinets de médecine familiale.

On a souvent souligné qu'il était difficile pour les personnes qui ont fait l'expérience de la maladie mentale ou de la dépendance, particulièrement celles qui ont des besoins complexes, d'accéder aux soins primaires. En l'absence de médecin de famille ou d'autres formes de soins primaires, elles ne peuvent pas accéder à des programmes de traitement, consulter des spécialistes ou recevoir des médicaments. Le fait de négliger les problèmes de santé physique peut aggraver les problèmes de santé mentale. Il pourrait être utile de prévoir des incitatifs pour les médecins qui acceptent de traiter ces patients. À Sudbury, par exemple, le Comité a

« J'ai appelé son médecin de famille, qui m'a dit qu'il n'était pas psychiatre. »

Un membre de la famille

[16] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. « Allowance to Aid Caregivers », communiqué daté du 11 août 2009.

appris que l'Hôpital régional de Sudbury versait une allocation à un médecin de famille qui dirigeait une clinique de soins primaires en santé mentale dans un de ses établissements[17].

Les régions rurales et éloignées sont particulièrement affectées par les périodes d'attente, les frais de déplacement et la difficulté de recruter et de retenir des professionnels de la santé. Les personnes traitées dans de grands centres courent un risque de rechute lorsqu'elles retournent dans leur collectivité mal desservie.

La télémédecine et les innovations en cybersanté pourraient aider à combler certaines lacunes, particulièrement dans les régions isolées. On pourrait aussi mettre sur pied une équipe de professionnels en santé mentale qui se déplaceraient par avion, et prévoir des incitatifs afin d'attirer et de retenir ces professionnels. Certains étaient d'avis qu'un éventail complet de services devrait être offert par un hôpital central ou un autre organisme, mais d'autres craignaient que l'accès ne soit limité par l'éloignement excessif de ces centres. La section Champlain-Est de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) a recommandé de faire appel à des gestionnaires de cas graves ayant reçu une formation générale, appuyés par des équipes TCD et des services d'intervention en cas de crise, car il n'est pas réaliste de penser à offrir des services spécialisés en milieu rural.

Liée à l'accès est la question de l'éducation et de la formation. Les médecins de famille consacrent entre 30 % et 70 % de leurs heures de travail normales à des personnes qui présentent des problèmes d'origine psychologique ou associés en grande partie à des facteurs psychologiques. D'après les résultats d'un sondage réalisé auprès des médecins de famille, les écoles de médecine abordaient à peine les questions de santé mentale. Le Comité s'est fait dire qu'il faudrait offrir une formation plus pertinente aux fournisseurs de soins primaires dans le cadre de leurs programmes d'études et en cours d'emploi (p. ex. au sujet des troubles concomitants). De plus grandes connaissances peuvent aussi mener à une plus grande sensibilisation, certains clients ayant été jugés d'avance ou stigmatisés par des professionnels des soins primaires et d'urgence.

Des témoins ont parlé du temps que les médecins doivent consacrer aux problèmes de santé mentale et de dépendance de leurs patients. L'actuel barème tarifaire ne prévoit pas une rémunération suffisante pour ce temps et n'incite pas les médecins à accepter d'autres patients. On a encouragé le gouvernement à établir de nouveaux modèles de rémunération en collaboration avec l'Ontario Medical Association (OMA).

Au printemps 2009, le MSSLD a annoncé son intention d'intégrer des conseillers en santé mentale aux unités telles que les ESF et les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens. En janvier 2010, 122 des 170 ESF comptaient des travailleurs en santé mentale ou des travailleurs sociaux approuvés parmi leurs membres. En février 2010, 11 cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens en étaient à différentes étapes de

[17] Au moment de la rédaction de ce rapport, l'Hôpital régional de Sudbury était en train de centraliser ses opérations.

développement. Dans leurs présentations originales, cinq de ces cliniques indiquaient qu'elles offriraient notamment des services de santé mentale. Cependant, aucun travailleur en santé mentale n'avait été engagé, car les cliniques n'avaient pas encore demandé de financement pour leur personnel.

Le MSSLD a ajouté que l'entente conclue en 2008 avec l'OMA prévoyait des primes pour les personnes atteignant les objectifs minimums en matière de prestation des services, dont les services de santé mentale. Il faisait référence à l'article 5.2 de l'entente, « Prime pour services en cabinet »[18].

> **5.2** Le CSM élaborera un mode de paiement des médecins et des groupes de médecins associés à des MPCP (modèles de prise en charge de patients) qui fournissent une vaste gamme de services en cabinet. Une recommandation de mise en œuvre au plus tard le 1er avril 2010 sera formulée à l'intention des parties. Un fonds de 5 millions de dollars sera prévu la première année du programme et 10 millions de dollars seront par la suite réservés chaque année [19].

Psychiatres

Partout dans la province, le Comité s'est fait dire qu'il n'y avait pas assez de psychiatres et que les périodes d'attente étaient longues. Dans une collectivité, il a appris que de nombreux psychiatres nommés par l'université n'offraient pas de soins en pratique clinique. En ce qui concerne les enfants et les jeunes adultes, un pédiatre a déclaré que le Canada comptait moins de 500 psychiatres spécialisés dans le traitement des enfants et des jeunes.

Nous avons appris qu'une façon d'accroître le nombre de psychiatres serait de valoriser ce domaine auprès des jeunes médecins; cela pourrait toutefois s'avérer difficile. Le président de l'Association des Psychiatres de l'Ontario a convenu avec de nombreux autres témoins que les préjugés entravaient l'accès aux soins pour les clients des membres de l'Association, mais il a souligné que les psychiatres eux-mêmes faisaient l'objet de discrimination comme fournisseurs de soins, ce qui est un problème critique pour le recrutement et la rétention.

Le Comité a soulevé la question du nombre de psychiatres auprès du MSSLD. Nous avons appris que le pourcentage de psychiatres en exercice par tranche de 10 000 personnes en Ontario avait baissé de 2,4 % entre 2002 et 2007. Reconnaissant la pénurie de professionnels qualifiés, la province a fait passer le

---

[18] Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 24 février 2010.

[19] Protocole d'entente entre l'Ontario Medical Association et Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, du 1er avril 2008 au 31 mars 2012. Site http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/physiciansaf/docs/oma_agreement.pdf, visité le 25 février 2010.

nombre de postes de résidents de première année en psychiatrie de 38 à 58, pour une augmentation de 52,6 % entre 2002 et 2008[20].

Autres professions

Les représentants d'autres professions autoréglementées ou sur le point de l'être ont plaidé en faveur d'une participation plus active de leurs membres dans la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ces témoins ont déclaré qu'une plus grande participation des psychologues, des associés en psychologie, des psychothérapeutes, des thérapeutes en santé mentale et des travailleurs sociaux permettrait d'évaluer plus de gens et de les traiter de façon économique et en temps opportun. Comme on l'a rappelé au Comité, le modèle médical de soins n'est ni demandé ni requis par tous les clients des services de santé mentale.

> **« L'assurance-maladie paie pour les médecins et les hôpitaux, mais c'est tout. La réalité est que la vaste majorité des services de santé mentale ne sont pas offerts par des médecins, mais par toutes sortes d'autres travailleurs des soins de santé. »**
>
> ***Michael Kirby,ancien président***
> ***Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie***

Beaucoup ont dit appuyer l'élargissement du financement public aux psychologues, aux associés en psychologie, aux psychothérapeutes et aux travailleurs sociaux qui fournissent des services de santé mentale.

SOINS EN ÉTABLISSEMENT

De nombreux hôpitaux publics, qui doivent se conformer à la *Loi sur les hôpitaux publics* et à ses règlements, sont des établissements psychiatriques désignés en vertu de l'annexe 1 de la *Loi sur la santé mentale*. Ils fournissent des services en milieu hospitalier, de consultation externe, de jour et d'urgence, ainsi que des services éducatifs et de consultation aux organismes locaux. (Une liste de ces établissements figure à l'annexe C[21].) Depuis le 1er avril 2007, les RLISS sont responsables de la planification, du financement et de la gestion des services de santé, y compris les hôpitaux, sur leurs territoires respectifs.

Des hôpitaux ont fait état des défis que doit relever le secteur institutionnel. Ces défis comprennent la mise en œuvre des directives de la Commission de restructuration des services de santé ainsi que les changements qui ont accompagné l'établissement des RLISS. À St. Thomas et à Ottawa, nous avons rencontré des représentants du London Health Sciences Centre et des Services de santé Royal Ottawa. Ceux-ci ont parlé de leur mandat, qui englobe la prestation de services de soins actifs, et de leur mission en tant que centres d'enseignement des sciences de la santé. Ils ont également souligné l'importance de forger des partenariats communautaires et de renforcer les capacités communautaires.

---

[20] Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 25 septembre 2009.

[21] Les établissements définis aux annexes 2, 3, 4, 5 et 6 ne sont pas tenus de fournir certains services.

Plusieurs témoins ont soulevé deux questions liées aux soins en établissement, soit l'accès aux lits et les salles des urgences. Ces questions sont examinées ci-après.

Accès à des lits

Les témoins considéraient la désinstitutionnalisation comme un objectif louable, mais certains d'entre eux étaient d'avis qu'il fallait prévoir plus de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Ils ont notamment fait référence aux établissements de l'annexe 1, dont il faudrait augmenter le nombre de lits de soins actifs et qui devraient faire l'objet d'un examen incluant l'établissement de points de repère. Une autre recommandation était de permettre aux hôpitaux locaux d'utiliser la Formule 1, qui est la demande que le médecin doit remplir pour faire admettre une personne dans un établissement psychiatrique à des fins d'évaluation. (Voir l'annexe D pour plus de détail sur la Formule 1 et les autres étapes du processus d'admission et de traitement.)

« Il se peut que le nouveau "modèle de soins" en milieu communautaire réponde aux besoins de la majorité des patients, mais beaucoup d'entre nous craignons que les établissements qui traitent les cas "complexes" et "difficiles à traiter" NE reçoivent PAS un financement suffisant. »

Un parent

Le Comité a également appris que les critères utilisés pour déterminer si quelqu'un doit être admis à l'hôpital, la durée du séjour et la date du congé devaient être réévalués. Certains témoins étaient convaincus que les décisions d'admission et de congé dépendaient de la disponibilité des lits plutôt que des besoins.

Salles des urgences

Les soins offerts dans les SU des hôpitaux aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de dépendance ont fait l'objet de commentaires de la part d'organismes et de particuliers. Tous s'entendaient sur la nécessité d'un changement. Le Comité reconnaît que les longues périodes d'attente dans de petites salles bruyantes peuvent être très stressantes pour les patients.

On nous a dit que les professionnels de la santé et les autres membres du personnel de première ligne qui travaillent dans les SU devaient être sensibilisés à la maladie mentale. Cette sensibilisation pourrait prendre la forme d'une formation anti-stigmatisation obligatoire pour tout le personnel, d'une formation sur les techniques de désescalade en santé mentale et de la mise en œuvre de lignes directrices sur la sécurité des patients en santé mentale pour les SU. Des travailleurs à l'intervention d'urgence, des travailleurs de soutien à l'intégration communautaire ou des travailleurs pairs placés dans des hôpitaux ou des SU pourraient réconforter les patients et les aiguiller vers des services appropriés de gestion de cas et de logement et d'autres ressources à long terme.

« Les soins d'urgence offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale sont déplorables. Alors que ces personnes ont besoin d'une aide quasi immédiate, elles doivent généralement attendre pendant des heures dans un environnement qui peut leur sembler très menaçant. »

Un frère ou une soeur

Certains témoins croyaient qu'on pouvait réduire les périodes d'attente en amenant les hôpitaux et les organismes communautaires à travailler ensemble à

l'élaboration de services non urgents coordonnés, normalisés et mesurables. Ces services pourraient inclure des systèmes communautaires d'intervention en cas de crise qui fonctionneraient 24 heures sur 24 et qui seraient directement liés aux hôpitaux, des équipes mobiles d'intervention 24/7 et des centres de gestion des crises. Le Comité a aussi entendu parler des équipes mobiles de traitement en cas de crise, qui offrent un traitement intensif à court terme au domicile de la personne ou dans d'autres types de résidences (p. ex. des refuges).

Parmi les changements qui, d'après les témoins, pourraient être apportés aux établissements mêmes, mentionnons l'accès 24/7 à la salle des urgences pour les personnes en situation de crise, des cliniques sans rendez-vous où les gens pourraient venir consulter des professionnels de la santé, des programmes de déjudiciarisation et de liaison avec les services communautaires de santé mentale dans les SU très occupées, et des programmes d'hébergement sécuritaire en cas de crise.

À Thunder Bay, une infirmière psychiatrique a fait part de son rêve au Comité : un service intégré d'urgence psychiatrique rattaché à la SU du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. On y trouverait des psychiatres et du personnel infirmier en santé mentale. La confidentialité serait maintenue. Le personnel offrirait un traitement initial, assurerait un suivi limité et aiguillerait les patients vers des fournisseurs de soins communautaires. Le service traiterait les personnes ayant une maladie mentale comorbide. Le traitement en temps opportun des personnes ayant un problème de dépendance serait assuré en collaboration avec les organismes communautaires invités à participer au processus de planification des congés[22].

INTÉGRATION

Presque tous les témoins qui ont comparu devant le Comité ont plaidé en faveur d'une intégration quelconque des services. Les témoins avaient des opinions bien ancrées, parfois divergentes, sur ce point. Quoi qu'il en soit, des termes tels que « cloisonnement » et « navigation » font maintenant partie de notre vocabulaire. L'ACSM, division de l'Ontario a fait remarquer que l'Ontario offrait un des éventails de services les plus complets au pays. Il y a cependant des centaines d'organismes offrant des programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et au moins 10 ministères participant de près ou de loin au système. Les Ontariens qui ont un problème de santé mentale ou de dépendance pourraient ne pas savoir à qui s'adresser.

« Nous ne demandons pas aux gens qui se sont cassé une jambe de courir un marathon, ou à ceux qui souffrent d'une insuffisance cardiaque de lever des tonnes, mais il me semble que nous en demandons souvent beaucoup aux personnes atteintes d'une maladie mentale et à leurs donneurs de soins. »

Un membre de la famille

[22] Le Comité a reçu une pétition, signée par 196 personnes de la région de Thunder Bay, à l'appui de la création d'un service d'urgence psychiatrique à la SU du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay.

Le Comité a été particulièrement peiné d'apprendre que de nombreux enfants et jeunes passaient entre les mailles du filet durant la transition au système pour adultes. Des familles ont indiqué qu'il était frustrant d'avoir à répéter la même histoire à de multiples fournisseurs de services lorsqu'elles réussissent à obtenir un traitement. Beaucoup se retirent carrément du système parce qu'il est trop complexe et épuisant à gérer.

« Les besoins en santé mentale ne dépendent pas de l'âge ni du style de vie. »

Griffin Centre

Quoique les lacunes du système soient attribuables en partie au manque de services, la coordination des services existants semble essentielle à la réforme. L'actuel système s'articule autour de besoins ou de groupes d'âges précis, mais les besoins en santé mentale ne dépendent pas de l'âge ni du style de vie. Certains témoins ont préconisé une plus grande intégration des aspects suivants du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances :

- les services aux enfants, aux jeunes et aux adultes;
- les services aux adultes et aux aînés;
- les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- les services de santé mentale et de déficience intellectuelle;
- le système de justice et les services de santé mentale;
- les services aux mères et aux bébés ou enfants;
- les services collégiaux/universitaires de counselling et les services communautaires de santé mentale;
- la transition de l'hôpital aux soins communautaires;
- les régions géographiques et les secteurs de planification (particulièrement en ce qui concerne le financement des RLISS);
- les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et le système de soins de santé en général;
- les ministères qui offrent des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- les stratégies provinciales et fédérales.

Des témoins ont présenté un certain nombre de recommandations visant à faciliter l'intégration. Beaucoup ont proposé de faire appel à des gestionnaires de cas ou à des navigateurs du système pour guider les clients vers les services appropriés, défendre leurs intérêts, et transférer l'information sur les soins de santé de façon plus efficace, assurant ainsi la continuité des soins. L'ACSM, division de l'Ontario a loué la province parce qu'elle avait amélioré l'accès aux gestionnaires de cas au cours des dernières années.

Certains ont ajouté que, si le financement suivait les clients au lieu d'être rattaché aux organismes, moins de gens tomberaient entre les mailles du filet. Un expert a fait valoir que le concept de « continuité du donneur de soins », où un psychiatre

est responsable d'une personne en établissement et dans la collectivité, avait été négligé mais qu'il était tout aussi important que celui de la continuité des soins.

Une autre recommandation courante concernait l'approche « chaque porte est la bonne porte », où la personne est intégrée au réseau de services quel que soit le point d'entrée ou le type de besoin. Les différents services pourraient être regroupés ou centralisés, ou un organisme pourrait assumer la responsabilité de mettre les clients en contact avec d'autres parties du système. On trouve déjà en Ontario des exemples de services intégrés avec succès, comme le Halton Our Kids Network et l'ACSM, section de Grand River, qui pourraient servir de modèles à d'autres organismes.

D'autres ont proposé d'établir une liste centralisée d'organismes de soins de santé et de soins communautaires afin d'aider les fournisseurs de soins à diriger les clients vers les services appropriés. Il pourrait être nécessaire de redoubler les efforts de sensibilisation, pour informer les clients des services disponibles en plus de surveiller leur état et leur participation.

Il y a eu un débat sur l'opportunité de fusionner certains des nombreux services communautaires de la province. Certains témoins croyaient que cela réduirait la confusion et les chevauchements. L'ACSM, section de Toronto a soutenu qu'il n'y avait aucune preuve de l'efficacité des fusions, mais beaucoup de preuves du contraire. Il pourrait être plus important d'appuyer la collaboration en matière de planification et prestation des services dans les collectivités.

Des témoins insistaient sur la nécessité de « décloisonner » les ministères en renforçant les liens formels. Il a notamment été proposé d'attribuer la responsabilité globale du système à un fonctionnaire, de créer un secrétariat, ou d'établir un organisme tel qu'Action Cancer Ontario pour superviser le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Des témoins ont demandé au Comité d'examiner les nombreux documents, politiques et stratégies déjà en place, et d'aligner en partie son plan d'action sur celui du gouvernement fédéral. Enfin, l'ACSM, division de l'Ontario a averti le Comité que la maladie mentale était un sujet complexe et qu'il fallait intégrer les stratégies de réforme et mettre l'accent sur le système dans son ensemble.

SYSTÈME DE JUSTICE

Une des préoccupations les plus souvent mentionnées au Comité était que, pour beaucoup trop de gens, le premier contact avec le système de santé mentale se faisait par l'entremise du système de justice. Certains témoins ont révélé qu'on les avait encouragés à faire arrêter un membre de leur famille, simplement pour qu'il puisse recevoir les services de santé mentale dont il avait tant besoin. Les jeunes sont particulièrement touchés par ce problème.

« Mon fils n'a jamais compris pourquoi j'ai porté des accusations contre lui [...] il m'appelle sa soi-disant mère. »

Une mère

L'Ontario compte un certain nombre de programmes novateurs de justice qui répondent aux besoins des personnes qui ont un problème de santé mentale ou de dépendance. Par exemple, les tribunaux provinciaux pour les personnes ayant des troubles mentaux siègent à temps plein ou à temps partiel à la seule fin de traiter les affaires mettant en cause des personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle[23]. Ces personnes peuvent aussi être déjudiciarisées et renvoyées à une personne, un service ou un hôpital qui peut les traiter. Les autres services comprennent les interventions en cas de crise, les services d'urgence, des lits sûrs, le logement, la gestion de cas, le soutien par les pairs, les liens avec les services sociaux, les soutiens à l'éducation et à l'emploi. Les témoins soutenaient toutefois que les services offerts n'étaient pas suffisants et qu'il fallait les mettre à la disposition de la personne avant que celle-ci soit arrêtée.

De plus, les personnes qui sont appréhendées ne reçoivent pas toujours les soins dont elles ont besoin. Des familles ont raconté des histoires émouvantes à propos d'êtres chers qui avaient été maltraités ou même tués à l'intérieur du système de justice pénale, alors qu'ils auraient dû être traités pour leur problème de santé mentale ou de dépendance. D'après Michael Kirby, une des causes du problème serait le manque de services communautaires, car le processus de désinstitutionnalisation n'est pas encore assorti d'un soutien communautaire adéquat. Des témoins ont soutenu qu'il fallait fournir plus de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour venir en aide aux détenus des établissements correctionnels ou pour prévenir d'entrée de jeu la criminalisation des personnes aux prises avec ce genre de problème.

« Nous avons fait des rues et des prisons les asiles du XXI^e siècle. »

Michael Kirby, ancien président Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Des témoins étaient d'avis qu'il fallait faire plus d'efforts pour déjudiciariser certaines personnes. Par exemple, des équipes d'intervention de crise composées d'une infirmière ou d'un infirmier et d'un agent de police pourraient aiguiller les individus vulnérables, dont ceux qui ont un problème de dépendance, vers le système de santé. De plus, comme il est mentionné ailleurs, il faut redoubler d'efforts pour informer les gens des programmes déjà offerts et intégrer ces programmes en un tout transparent. Les nouveaux programmes et les programmes existants pourraient nécessiter un financement additionnel. Plusieurs témoins ont fait l'éloge des programmes ontariens d'appui par les tribunaux, qui peuvent diriger les accusés vers des services communautaires appropriés.

---

[23] Selon le site Web du Tribunal de Toronto pour les personnes ayant des troubles mentaux, plus grand tribunal du genre de la province, ces tribunaux déterminent l'aptitude de l'accusé à subir son procès. Ils entendent aussi les plaidoyers de culpabilité, tiennent des enquêtes sur le cautionnement, instruisent certains procès où l'accusé n'est pas criminellement responsable et tiennent des auditions pour déterminer la décision à prendre au cas où l'accusé serait jugé inapte à subir son procès ou ne serait pas tenu criminellement responsable. Le ministère du Procureur général indique que d'autres tribunaux pour les personnes ayant des troubles mentaux existent actuellement à Kitchener/Waterloo, London, Windsor, Owen Sound, Newmarket, Peel, Walkerton, Sault Ste. Marie, Sarnia Lambton et Ottawa. Des tribunaux pour jeunes ayant des troubles mentaux siègent à Newmarket, Ottawa et London.

Des témoins ont préconisé un plus grand recours à des tribunaux de traitement de la toxicomanie alignés sur les tribunaux ontariens pour les personnes ayant des troubles mentaux, qui ont connu du succès[24]. Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels a informé le Comité que plus de la moitié des contrevenants canadiens faisaient un lien direct entre leur problème de toxicomanie et leurs infractions. Les programmes de justice doivent explorer les liens entre des enjeux sociaux tels que la pauvreté et l'itinérance, d'une part, et la maladie mentale, la toxicomanie et les comportements criminels, d'autre part. Un témoin était d'avis qu'on accordait trop d'importance à la modification du comportement et pas assez à l'étude des questions sous-jacentes.

Les personnes qui ont commis des infractions plus graves pourraient avoir besoin d'accéder aux programmes de déjudiciarisation offerts à celles qui ont commis des infractions relativement mineures. Il semble y avoir un grand nombre d'infractions admissibles à la déjudiciarisation, mais des témoins ont laissé entendre que de nombreux contrevenants n'étaient pas déjudiciarisés[25]. Il faut aussi améliorer l'évaluation, la planification des congés et le suivi de la libération d'un établissement.

Des organismes communautaires de justice pénale, comme la Société John Howard, ont demandé à être reconnus durant l'élaboration de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

PROMOTION ET ÉDUCATION EN SANTÉ MENTALE

Les témoins s'entendaient pour dire que la province devait entreprendre différentes activités de promotion et d'éducation en santé mentale, dont une stratégie contre la stigmatisation.

Un des plus importants types d'éducation concernent les symptômes de maladie mentale et de dépendance. Comme il est mentionné tout au long du rapport, les médecins de famille, les professionnels de la santé, les policiers, le personnel

---

[24] Il y a actuellement deux tribunaux de traitement de la toxicomanie financés par le gouvernement fédéral, l'un à Toronto et l'autre à Ottawa. On trouve aussi à Durham un tribunal de traitement de la toxicomanie qui n'est pas financé par le gouvernement fédéral.

[25] Les infractions criminelles se divisent en trois catégories aux fins de la détermination de l'admissibilité à la déjudiciarisation. Les personnes accusées d'infractions de la catégorie I, qui comprennent les crimes mineurs tels que le vol ou la possession de biens volés de moins de 5 000 $, les balades en voiture volée et le fait de causer un dérangement, sont présumées admissibles à la déjudiciarisation. Cette option n'est pas offerte aux personnes accusées d'infractions de la catégorie III, qui comprennent les crimes graves tels que les meurtres, les homicides involontaires coupables, les infractions causant des lésions corporelles graves, les enlèvements, les mauvais traitements infligés aux enfants, les infractions commises contre un conjoint ou partenaire et les infractions de nature sexuelle. Les personnes accusées d'infractions de catégorie II (toutes les autres infractions, dont les menaces, la falsification de documents, les entraves à la justice, la conduite dangereuse et certaines agressions) peuvent être admissibles à la déjudiciarisation, à la discrétion du procureur de la Couronne. Voir Ontario, ministère du Procureur général, *Practice Memorandum on Mentally Disordered/Developmentally Disabled Offenders*, réimprimé dans Richard D. Schneider, éd., *Annotated Ontario Mental Health Statutes*, 4e édition (Toronto, Irwin Law, 2007), p. 678 (annexe G).

paramédical, les décideurs, les enseignants, les employeurs, les partenaires des femmes qui vont ou qui viennent de donner naissance à un enfant, les centres d'accueil pour personnes âgées, les parents, les enfants — bref, tout le monde — devraient connaître ces symptômes pour que l'intervention précoce devienne une réalité. De même, tous les individus, mais particulièrement les enfants et les jeunes, bénéficieraient de communications cohérentes et continues sur les risques associés à la consommation d'alcool et de drogues. Les personnes qui travaillent directement dans le secteur de la santé devraient aussi recevoir une formation plus structurée sur les méthodes d'évaluation, de diagnostic précoce et de traitement.

« Il n'y a pas encore de remède, mais cela viendra et si nos dirigeants appuient un important programme d'éducation publique, ils auront fait le premier pas dans la lutte contre la maladie mentale. »

Un consommateur/survivant

D'autres témoins ont recommandé de mettre le système 211 (le répertoire ontarien des services sociaux, gouvernementaux et de santé) en place partout dans la province, ou encore de créer un répertoire complet des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sur un site Web centralisé. Des guides plus clairs sur la législation ontarienne en santé mentale donneraient aux clients, aux médecins, aux membres des familles et à d'autres intéressés de meilleurs renseignements sur les options de traitement et d'autres aspects du système. Le Comité a entendu peu de témoignages sur la santé mentale en milieu de travail, mais il serait possible de favoriser le diagnostic précoce et de réduire l'impact de la maladie mentale et des dépendances en montrant aux employeurs comment offrir des lieux de travail sains et en leur attribuant cette responsabilité.

« La résilience est la capacité de surmonter rapidement une crise et d'aller de l'avant. C'est aussi la capacité d'établir des liens avec la collectivité et de se sentir appuyé. »

Parents for Children's Mental Health

Promouvoir une santé mentale positive à toutes les étapes de la vie devrait être une des principales orientations de la politique en matière de santé mentale et de dépendance; le Comité a toutefois entendu peu de témoignages concernant des programmes ou stratégies spécifiques.

Le ministère de la Promotion de la santé a parlé de certains de ses programmes sportifs et récréatifs qui ont connu du succès. Ces programmes peuvent améliorer les liens familiaux et communautaires, habiliter les participants et améliorer leur estime de soi. Ils donneraient aussi aux enfants la résilience nécessaire pour faire face aux stress de la vie et aux problèmes potentiels de santé mentale et de dépendance. Plusieurs témoins ont mentionné le programme Triple P, un programme d'apprentissage parental positif développé à l'Université de Queensland en Australie, qui vise à prévenir les problèmes comportementaux, affectifs et développementaux chez les enfants en améliorant les connaissances, les compétences et la confiance des parents.

« Le logement, des soutiens adéquats au revenu et l'accès au marché du travail sont essentiels au bien-être des personnes et des composantes de base de notre système — pour chacun d'entre nous. »

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Un certain nombre de témoins ont affirmé qu'il fallait accorder une plus grande attention à tous les déterminants sociaux de la santé — par exemple le revenu, l'exclusion sociale, le logement, l'éducation et l'emploi — car il y a de plus en plus de preuves que ces facteurs jouent un rôle

important dans la santé mentale et les dépendances. De nombreux témoins ont parlé au Comité du rôle essentiel qu'« un foyer, un ami et un emploi » jouaient dans la prévention de la maladie mentale et des dépendances et le rétablissement des personnes atteintes.

Stratégie anti-stigmatisation

Les personnes qui font face à un problème de santé mentale ou de dépendance ont parlé avec franchise des effets douloureux de la stigmatisation. Beaucoup ont dit que le pire aspect de leur état était la stigmatisation dont ils faisaient l'objet sur le marché du logement et de l'emploi, dans les médias et de la part de leurs parents et amis. Certains ont parlé d'« autostigmatisation », de leurs propres sentiments de honte et de leur faible estime de soi consécutifs à leur état. Tragiquement, les travailleurs de la santé réservent trop souvent un mauvais traitement aux personnes qui ont un problème de santé mentale or de dépendance. Comme il est noté plus haut, ces travailleurs font eux aussi l'objet d'une stigmatisation, car ils œuvrent dans un secteur dévalué du système de santé.

Des témoins ont proposé différentes façons de lutter contre la stigmatisation. Une campagne anti-stigmatisation tous azimuts enverrait un message d'optimisme, faisant valoir la possibilité d'un rétablissement et le fait que la santé mentale et la maladie mentale existent sur un continuum. Des images positives des personnes qui vivent avec une maladie mentale ou une dépendance, et des travailleurs et programmes de santé qui les servent, pourraient réduire la stigmatisation et encourager plus de personnes à faire carrière dans le domaine de la santé mentale. Certains témoins ont apprécié l'humour présent dans de récentes annonces sur le cancer, un ingrédient généralement absent des campagnes de promotion de la santé mentale. Le soutien par les pairs pourrait aussi aider les gens à avoir une meilleure opinion d'eux-mêmes.

D'aucuns ont souligné au Comité que les programmes anti-stigmatisation n'étaient pas tous efficaces. Les plus efficaces sont ceux qui dissipent les mythes entourant les personnes atteintes d'une maladie mentale, idéalement à travers un contact personnel. Il a été suggéré que l'Ontario participe à la campagne anti-stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada. Les nouveaux médias populaires chez les jeunes pourraient être des outils particulièrement efficaces. Certains étaient d'avis qu'il fallait sensibiliser la population au problème en désignant un « champion » de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances.

> **« Nous avons besoin d'un champion de la santé mentale qui jouirait de l'appui de tous les partis politiques et qui aurait le pouvoir d'apporter les changements requis. »**
>
> ***Un membre de la famille***

Des experts ont souligné que la lutte contre la stigmatisation devait passer par le traitement. Le grand nombre de personnes non traitées donne une image négative de la maladie mentale et des dépendances. Il en va de même pour la disparité entre les fonds consacrés à la santé mentale et la lutte contre les dépendances et ceux affectés au reste du système de santé. La

> **« L'inaction du gouvernement contribue à la stigmatisation et à la discrimination. »**
>
> ***Un consommateur/survivant***

pleine intégration de la santé mentale au système de santé pourrait aider à normaliser la maladie mentale et à réduire la stigmatisation.

Enfin, la Commission ontarienne des droits de la personne et plusieurs autres témoins étaient d'avis que la stigmatisation s'apparentait davantage à une question de droit ou de discrimination. Le *Code des droits de la personne* de l'Ontario interdit la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale, et nous oblige à prévenir la discrimination et à s'y opposer le cas échéant.

RECHERCHE

La recherche est essentielle à une meilleure compréhension de la plupart des maladies mentales et des dépendances, et au fonctionnement du système dans son ensemble. Beaucoup de maladies mentales sont mal connues. Les experts recommandaient d'intensifier la recherche sur les causes de la maladie mentale et des dépendances, et sur l'efficacité des différents traitements. Ils déploraient aussi le partage insuffisant des connaissances relatives aux techniques éprouvées. Certains traitements sont introduits sur la base de preuves anecdotiques, alors qu'il faut des années pour mettre en pratique des traitements qui se sont avérés efficaces dans des études contrôlées.

La collecte de données de base sur les indicateurs de santé mentale permettrait de surveiller l'efficacité des traitements. Le financement de recherches universitaires et cliniques aiderait à combler certaines lacunes, mais il faut aussi mettre au point des outils d'évaluation appropriés.

« Il faudrait évaluer chaque étape de chaque traitement pour s'assurer que le financement est utilisé de façon appropriée et que les gens obtiennent le financement ou les nouveaux traitements dont ils ont besoin. »

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Certains témoins ont loué le MSSLD, qui est sur le point d'introduire un processus d'évaluation uniforme pour les consommateurs qui accèdent pour la première fois au système communautaire de santé mentale (l'Évaluation commune des besoins en Ontario ou ECBO)[26]. L'Initiative d'évaluation de l'amélioration des services (IEAS), dans le cadre de laquelle on a évalué les résultats des fortes sommes investies par le MSSLD dans les services communautaires de santé mentale, a elle aussi été bien accueillie par la communauté de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances. Des experts favorisent le développement d'évaluations de programme ou de système et d'outils semblables dans l'avenir. Il faudra notamment surveiller les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

[26] L'ECBO fait actuellement l'objet d'un projet pilote dans le RLISS du Nord-Est et dans certaines composantes du RLISS du Centre-Ouest. Elle sera ensuite mise en oeuvre dans les RLISS du Centre-Toronto et du Sud-Est. Courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 24 février 2010.

MALADIES PARTICULIÈRES

Le Comité a entendu plusieurs témoignages concernant des maladies ou affections particulières.

Anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur

Le Comité a entendu relativement peu de témoignages sur l'anxiété et les troubles de l'humeur, y compris la dépression, ce qui est sans doute étonnant vu leur incidence et leurs répercussions sociales et économiques. En particulier, le CTSM a informé le Comité du grand nombre d'Ontariens qui souffrent de dépression, mais qui ne cherchent pas à se faire traiter ou qui reçoivent des soins inadéquats pour cette maladie « tout à fait traitable ». Plusieurs témoins ont parlé de la difficulté de surmonter certaines affections et de la nécessité d'une plus grande sensibilisation. Le Comité remercie ces personnes pour avoir parlé de la question en public.

> **« Le taux de suicide des personnes âgées qui souffrent de dépression est cinq fois plus élevé que celui de n'importe quel autre groupe d'âge. »**
>
> ***La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés***

Troubles du spectre autistique

Le Comité a été touché par les histoires des familles et des fournisseurs de soins qui s'efforcent de répondre aux besoins des enfants et des adultes qui souffrent de troubles du spectre autistique (TSA). Les services destinés aux personnes atteintes de TSA sont généralement fournis par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), mais il y a un chevauchement considérable avec les services de santé mentale. Les TSA sont de plus en plus fréquents, ce qui prolonge les délais d'attente pour le traitement et alourdit le fardeau des familles.

Les témoins avaient de multiples demandes : financement public des traitements, recherche sur l'éventail de causes possibles, soins axés sur chaque client, apprentissage social et formation professionnelle, augmentation du financement de l'intervention comportementale intensive, accès à un plus large éventail de professionnels de la santé physique et mentale et de soins (p. ex. en clinique externe, en établissement, de jour et de répit). On a souligné que Woodview Manor, un centre de santé mentale sans but lucratif, était l'un des seuls établissements offrant une vaste gamme de services et de soutiens sous un seul toit.

Certains témoins croyaient que le MSSLD devrait reprendre son rôle de chef de file dans le dossier des TSA, car le MSEJ n'avait ni le financement ni l'expertise médicale nécessaires. On a également critiqué les critères de base utilisés en Ontario, et exprimé des craintes que les adultes atteints de TSA ne tombent entre les mailles du filet.

Diagnostic mixte (déficiences intellectuelles et maladie mentale)

« Vous comprendrez sans doute comment les rejets, les taquineries, la solitude et l'isolement auxquels doit faire face une personne ayant une déficience intellectuelle peuvent provoquer la dépression et l'anxiété, des accès d'émotions, la colère et l'agressivité. »

National Association for the Dually Diagnosed

Des témoins ont informé le Comité qu'un grand nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle — dont le nombre est estimé à 100 000, soit environ 38 % de la population ontarienne — connaissent aussi des problèmes de santé mentale. Malheureusement, ces problèmes peuvent résulter de l'intimidation et de l'exploitation sexuelle dont les personnes ayant une déficience intellectuelle sont souvent victimes.

Des familles ont parlé de leurs préoccupations concernant l'avenir de leurs enfants ayant reçu un diagnostic mixte. Il existe un grave manque de professionnels et de services capables de traiter ces clients qui, dans bien des cas, ne peuvent pas accéder aux services existants à cause de leur diagnostic mixte. Ces familles ont demandé que leurs enfants soient pleinement intégrés à la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Des témoins ont réitéré des demandes déjà formulées par d'autres personnes : évaluations appropriées, gestion de cas, plus d'options en milieu communautaire, logement avec services de soutien, services mobiles d'intervention, meilleure intégration aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances (peut-être par l'entremise de « réseaux de soins spécialisés »), meilleure coordination entre les ministères, et stratégies visant à réduire la stigmatisation. Ces personnes ont toutefois des besoins uniques nécessitant l'accès à des professionnels ayant reçu une formation appropriée et à de nouveaux services accrédités qui peuvent composer avec les complexités d'un diagnostic mixte.

Plusieurs témoins ont demandé une assurance que la « Directive stratégique conjointe pour la prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés » diffusée en 2008 par le MSSLD et le MSSC serait mise en œuvre.

Troubles de l'alimentation

Des témoins ont demandé au Comité d'aider à faire en sorte que les troubles de l'alimentation soient reconnus comme étant une maladie mentale grave qui peut entraîner des taux élevés de mortalité et d'invalidité. Ces troubles exigent un traitement complexe offert de préférence en milieu centralisé ou multidisciplinaire. Or, il y a très peu de lits ou services réservés à ces patients en Ontario. Il n'y a pas non plus de programmes résidentiels ni de services pour les personnes qui souffrent d'une dépendance concurrente. Les jeunes qui font la transition aux services destinés aux adultes sont mal servis eux aussi.

Afin d'améliorer la situation, il a été proposé de normaliser le processus d'évaluation et de favoriser la diffusion des traitements fondés sur des preuves. Certains ont suggéré que des programmes d'éducation publique faisant la

promotion du bien-être général et d'une alimentation saine seraient plus efficaces que des messages axés sur la maladie. Des stratégies anti-intimidation pourraient cibler le harcèlement lié au type corporel (p. ex. les insultes adressées à une personne parce qu'elle est grosse ou qu'elle est maigre). Enfin, les médecins (particulièrement ceux des SU) doivent recevoir une formation plus poussée sur les troubles de l'alimentation.

Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Le Comité a entendu des témoins de toute la province parler des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui affectent au moins 1 % des nouveau-nés au Canada. Les enfants atteints de TSAF connaissent généralement des problèmes de santé mentale et de dépendance et ont besoin de soins complexes tout au long de leur vie. Sans traitement, ils sont condamnés à souffrir et courent un risque accru de criminalité et de suicide. Comme il est expliqué plus haut, les TSAF ont des effets particulièrement dévastateurs sur les Premières nations.

Des témoins ont fait remarquer qu'un diagnostic précoce était essentiel, comme pour la plupart des affections. Cependant, comme les diagnostics de TSAF sont complexes et nécessitent généralement une équipe multidisciplinaire, cette affection est fréquemment confondue avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou avec l'autisme et traitée de façon inappropriée, ignorée ou simplement réduite à un mauvais comportement.

Là encore, les témoins ont proposé de nombreuses pistes de solution : services de diagnostic appropriés, gestion de cas, programmes spéciaux d'éducation et de perfectionnement, services de counselling sur les dépendances, aide à la vie autonome, acquisition de nouvelles compétences, environnements structurés et soins de relève pour les familles.

Il a également été recommandé qu'un seul ministère assume la responsabilité dans ce dossier et fournisse des ressources ciblées. À l'heure actuelle, les TSAF ont en quelque sorte le statut d'« orphelin », car aucun ministère n'en est responsable et l'Assurance-santé ne lui a attribué aucun code de facturation. Enfin, les soins aux personnes atteintes de TSAF devraient être intégrés à une stratégie pour les personnes souffrant de troubles concomitants, et il faudrait lancer une campagne de prévention sensible aux besoins de certaines collectivités.

Troubles de l'humeur périnataux

Les troubles de l'humeur périnataux tels que la dépression post-partum sont souvent oubliés jusqu'à ce qu'un cas particulièrement grave retienne l'attention du public. Sans traitement, ces troubles font augmenter le risque de dépression grave et de morbidité chez la mère et peuvent avoir des répercussions permanentes sur le développement de l'enfant. Dans les cas extrêmes, ils peuvent mener au suicide et à l'infanticide.

« La maladie mentale est la complication la plus courante de la grossesse et de la période postpartum, point final. »

Un médecin

Les témoins ont demandé que soient élaborés une politique, une base de données, des normes d'évaluation et de traitement ainsi qu'un programme de dépistage adapté aux différences culturelles. Il faut aussi diffuser des messages de prévention et d'éducation ciblant les femmes enceintes, leurs partenaires, les obstétriciens, les pédiatres et d'autres professionnels des soins de santé. Les témoins ont souligné que cela nécessiterait un effort concerté faisant intervenir des experts de l'extérieur du secteur des soins primaires.

Des équipes de traitement incluant un conseiller et un psychiatre ont obtenu de bons résultats. Cependant, certaines mères pourraient avoir besoin d'un éventail élargi de services dans des foyers spéciaux, et les mères isolées pourraient avoir besoin d'un soutien de suivi. Des témoins ont aussi suggéré de verser des fonds aux centres « Bon départ » pour qu'ils puissent organiser des réunions d'entraide à l'intention des mères.

Schizophrénie et autres formes de psychose

« La statistique souvent citée selon laquelle une personne sur cinq souffre d'une maladie mentale masque le fait qu'un petit pourcentage, soit environ 2 % à 4 % de la population, souffre d'un trouble psychotique qui l'empêche de mener une vie normale. »

Un psychiatre

Bon nombre des recommandations figurant ailleurs dans ce rapport s'appliquent d'une façon ou d'une autre à la schizophrénie et à d'autres formes de psychose. Cependant, les témoins ont aussi formulé plusieurs recommandations plus précises. Un expert a soutenu que ces affections étaient si graves qu'elles méritaient une attention spéciale dans la stratégie provinciale. Leur incidence et leurs graves conséquences justifieraient une forte augmentation des efforts de recherche et du financement.

D'autres témoins ont fait remarquer que l'intervention précoce était particulièrement importante pour les formes de psychose, car la possibilité de rétablissement diminuerait avec chaque épisode.

Des témoins ont aussi insisté sur le fait que l'Ontario devait faciliter et améliorer l'accès aux nouveaux médicaments antipsychotiques tels que la palipéridone et la ziprasidone. Ces antipsychotiques de troisième génération ont moins d'effets secondaires que les drogues plus anciennes, ce qui pourrait inciter plus de patients à prendre leurs médicaments sans que cela coûte beaucoup plus cher au système. Certains ont proposé que les psychiatres et les personnes qui ont vécu avec une maladie mentale ou une dépendance devraient avoir davantage leur mot à dire dans le processus d'approbation des médicaments. De nombreux témoins semblaient particulièrement optimistes en ce qui concerne l'utilisation de différentes formes de soutien par les pairs pour ce groupe.

Suicide

Des familles et des fournisseurs de soins ont souligné le lien tragique qui existe entre la maladie mentale et les dépendances, d'une part, et le suicide, d'autre part, lorsqu'ils ont relaté les circonstances entourant la mort d'un être cher. Le Comité a été très touché par ces histoires.

Des experts ont confirmé que les personnes qui se suicident souffrent souvent de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale et de dépendance. Le suicide est la dixième cause de décès — et la deuxième pour les jeunes — en Ontario. En tout, 1 100 Ontariennes et Ontariens se suicident chaque année. On a conseillé à l'Ontario de suivre l'exemple d'autres provinces et d'élaborer une stratégie de prévention du suicide parallèlement à la stratégie en matière de santé mentale et de dépendance.

Des témoins ont rappelé qu'il était possible de prévenir le suicide et qu'il ne fallait pas se contenter d'accepter la situation. C'est un message que les programmes communautaires de prévention et d'intervention précoce doivent communiquer. En ce qui concerne les stratégies à court terme, on pourrait notamment limiter l'accès aux armes meurtrières telles que les armes à feu, établir un registre des médicaments indiquant les quantités reçues par chaque patient, et veiller à ce que les médias projettent une image plus réaliste des comportements suicidaires, de la maladie mentale et de la toxicomanie. Enfin, il faut financer la recherche sur le suicide et améliorer la surveillance, car on estime généralement que le suicide cause plus de décès que ne l'indiqueraient les statistiques.

QUESTIONS DE TRAITEMENT

Modèles de soins

Plusieurs témoins ont proposé un changement radical dans le traitement de la maladie mentale et des dépendances en Ontario. Le système en place traite la maladie mentale comme une maladie aiguë nécessitant une hospitalisation intensive et un soutien minimal par la suite. Il en résulte des rechutes fréquentes et une détérioration inutile chez de nombreuses personnes.

Selon certains témoins, les maladies mentales et les dépendances devraient plutôt être traitées comme des états chroniques traitables à l'instar du diabète ou des maladies du cœur. D'autres témoins recommandaient le modèle de rétablissement, qui met l'accent sur le fait que les personnes qui ont une maladie mentale ou une dépendance peuvent se rétablir et arrivent à le faire. Le modèle des maladies chroniques et le modèle de rétablissement ne sont pas identiques, mais ils sont tous les deux basés sur la croyance que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale ou d'une dépendance peuvent avoir une vie bien remplie même si elles ne sont pas complètement guéries.

« Quand nous parlons de rétablissement, nous parlons de donner à chaque personne atteinte d'une maladie mentale le plus de chances possible d'avoir une vie bien remplie et productive. Nous, du secteur de la santé mentale, parlons souvent des trois éléments essentiels au rétablissement : un foyer, un ami et un emploi. »

Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario

Des témoins ont indiqué que l'utilisation de ces modèles alternatifs de traitement nous obligeraient à fournir des soins préventifs, une éducation, un soutien communautaire facilement accessible, une initiation à la vie quotidienne et un emploi aux patients. Les clients ne devraient jamais être abandonnés à leur sortie

de l'hôpital, avec peu de services de soutien et sans qu'on les mette en contact avec des services communautaires, comme c'est souvent le cas de nos jours. Il faut aussi leur donner de l'espoir et les outils dont ils auront besoin pour se tirer d'affaire. Les plans de sortie devraient être remplacés par des plans communs de rétablissement ou de mieux-être qui prévoient des soins bien définis et des possibilités de vérification. Ces plans devraient être accessibles sur Internet afin d'encourager la prise en charge des clients et la participation de leurs familles.

« Mon histoire, bien qu'unique, témoigne d'autres héros méconnus qui, face à d'énormes obstacles, à l'adversité et aux conflits, ont réussi à se rétablir. »

Un consommateur/survivant

Certains témoins ont dit craindre que le modèle de rétablissement ou de maladie chronique ne mène à une autre réduction des services de soins actifs. La transition des soins en établissement aux soins communautaires a entraîné une pénurie de lits pour les patients hospitalisés. On craint que le modèle de rétablissement, qui met l'accent sur l'habilitation et la gestion des symptômes hors hôpital, ne donne lieu à d'autres réductions des services, particulièrement pour les personnes gravement malades.

Admission en cure obligatoire et traitement

Le Comité est particulièrement préoccupé par les nombreux témoins qui ont eu du mal à obtenir des soins pour des membres de leurs familles qui sont clairement malades mais qui refusent d'être traités ou qui sortent de l'hôpital trop vite.

« Nous avons sillonné les rues, à pied et en voiture, à la recherche de notre frère, qui a finalement été amené à l'hôpital par la police. Nous avons été horrifiés d'apprendre que l'hôpital ne l'avait pas détenu pour la période d'observation de 72 heures. Nous étions découragés. Pourquoi la famille demanderait-elle de l'aide par l'entremise du juge de paix et pourquoi ce dernier signerait-il une Formule 2 s'il n'y a pas de motif valable? Là encore, cette démarche n'est qu'une autre occasion pour le patient de tomber entre les mailles du filet. »

Un frère et une soeur

L'histoire typique est celle d'un fils, d'une fille, d'un oncle ou d'un ami admis à l'hôpital après qu'une formule 1 ou 2 a été signée — souvent après une crise ou une longue période de maladie. (Ces formules et d'autres étapes du processus d'admission et de traitement sont expliquées à l'annexe D.) La police doit aussi intervenir et amener les personnes à l'hôpital, ce qui est particulièrement éprouvant pour les familles. Une fois dans la salle des urgences, toutes les parties peuvent avoir à attendre pendant des heures, ce qui aggrave le stress et gaspille souvent de précieuses ressources policières. Les parties attendent quand même dans l'espoir que la personne finira par recevoir le traitement dont elle a clairement besoin.

Le Comité s'est fait dire que beaucoup trop de personnes sortaient de l'hôpital sans recevoir de traitement adéquat et, dans certains cas, sans que les familles en soient avisés. Lorsque l'état de la personne s'aggrave par la suite, le processus se répète et le cercle vicieux peut durer pendant des années.

Le fait de ne pas traiter des personnes très malades risque d'entraîner inutilement des invalidités prolongées, un stress dévastateur pour les familles et même des suicides, des homicides ou d'autres actes de violence. Les familles sont également traumatisées lorsqu'elles doivent faire hospitaliser un de leurs membres. Certaines

personnes qui refusent de se faire traiter sont néanmoins détenues à l'hôpital pendant de très longues périodes. Le Comité a été ému par les nombreuses histoires tragiques et encouragé par les cas où un membre de la famille a finalement été traité après une série d'arrestations, d'admissions et de congés.

La *Loi sur la santé mentale (LSM)* de l'Ontario énonce les critères d'admission volontaire et d'admission en cure obligatoire dans des établissements psychiatriques. La *Loi sur le consentement aux soins de santé (LCSS)* régit le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement. Plusieurs experts ont recommandé que l'Ontario examine la législation d'autres administrations afin d'accroître les chances de succès dès le début du traitement. D'autres témoins ont fait l'éloge des équipes TCD de la province, qui ont beaucoup réduit la période d'hospitalisation, et ont recommandé de faire davantage appel à elles afin d'éviter carrément l'hospitalisation, comme en Australie et en Nouvelle-Zélande, ou d'en étendre l'accès à d'autres personnes (p. ex. celles qui ont reçu un diagnostic mixte).

« Avec un critère élargi de dommage, ou un critère de détérioration qui ne nécessite pas une admission antérieure, vous pouvez dire : "Écoutez, si vous n'êtes pas traité, vous allez empirer et je suis à peu près certain que vous serez de retour dans deux ou trois semaines. Je peux donc vous détenir." »

Un expert en politique de santé mentale

Par ailleurs, les défenseurs des droits ont rappelé au Comité que les patients des établissements psychiatriques avaient vu leurs droits gravement lésés dans le passé. Ces témoins ont soutenu avec passion que l'admission en cure obligatoire et le traitement en milieu hospitalier, ce qui englobe les ordonnances de traitement en milieu communautaire [27], perpétuaient cette période sombre, et que l'autonomie d'une personne devrait toujours être respectée, sauf dans de très rares cas.

« La capacité de prendre des décisions sur les choses qui nous tiennent le plus à cœur est un de nos droits fondamentaux en tant qu'être humains et membres d'une société démocratique. »

Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques

Protection de la vie privée

La protection des renseignements sur la santé est une autre question extrêmement délicate qui a été soulevée par de nombreux témoins. En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de l'Ontario, les dépositaires de renseignements sur la santé peuvent recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé d'un particulier seulement avec le

[27] Le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques donne la définition suivante des ordonnances de traitement en milieu communautaire : Une ordonnance de traitement en milieu communautaire (« OTMC ») est un document signé par un médecin qui permet à une personne d'obtenir un traitement ou des soins et une supervision en milieu communautaire. Une personne ne peut faire l'objet d'une OTMC qui si des règles ou conditions très rigoureuses sont respectées. Elle doit notamment être atteinte d'une maladie mentale grave et avoir été hospitalisée dans un établissement psychiatrique au moins deux fois, ou pour un total de 30 jours ou plus, au cours des trois dernières années. Voir Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, « Ordonnances de traitement en milieu communautaire ». Site http://www.ppao.gov.on.ca/inf-com.html, visité le 23 février 2010.

consentement explicite ou implicite de cette personne, sous réserve d'exceptions limitées. Le consentement et le respect de l'autonomie individuelle sont considérés comme des éléments essentiels de notre système de santé axé sur le patient.

Cependant, certains membres de la famille doivent parfois subir les conséquences d'un système fondé sur le consentement. Une mère nous a écrit qu'elle n'était pas sûre si elle devait prendre au sérieux les menaces occasionnelles de son fils, parce qu'il ne permet pas à son psychiatre de divulguer des renseignements sur son état. D'autres personnes ne savaient pas qu'un des leurs avait été hospitalisé ou elles ont appris qu'il avait été libéré seulement au moment où il a frappé à leur porte. D'autres encore ont communiqué certains renseignements à un psychiatre, qui les a immédiatement transmis à son client, aggravant sa paranoïa et sa méfiance.

« Étant donné l'interpretation des lois sur la protection de la vie privée, les renseignements que nous communiquions à l'équipe de traitement étaient directement transmis à notre frère [...] Il nous était donc impossible de faire connaître nos préoccupations au sujet de son état mental sans aggraver sa paranoïa et l'amener à se méfier de nous. »

Un frère ou une soeur

En général, les familles ont parlé de leur frustration parce qu'elles sont responsables de leurs membres sur le plan affectif et financier, mais sans être considérées comme des partenaires par le système de santé. De nombreuses familles ont demandé à jouer un rôle dans l'élaboration d'un plan de traitement.

Certains témoins experts ont recommandé que l'Ontario modifie sa législation concernant les renseignements personnels sur la santé de manière à en permettre la divulgation aux personnes qui font partie du « cercle de soins » d'un client. Les défenseurs des droits des patients ont toutefois déconseillé de traiter les personnes souffrant d'une maladie mentale différemment de n'importe qui d'autre, car cela ne ferait qu'exacerber la stigmatisation et miner leur estime de soi.

FINANCEMENT

On pourrait régler certains des problèmes affectant le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances en améliorant l'intégration du système et en fournissant des services de gestion de cas et de navigation. Par contre, d'autres problèmes d'accès semblent découler d'un manque de services.

« Nous, au Canada et en Ontario, faisons face à un écart énorme entre la taille du problème et la réaction du système de santé. »

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les problèmes de santé mentale et de dépendance comptent pour 13 % des décès, des invalidités et des maladies, mais reçoivent seulement 5 % des fonds affectés aux soins de santé en Ontario et au Canada. Ce financement est faible comparativement à d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et l'Ontario vient au neuvième rang des provinces canadiennes pour ses dépenses par personne. Cependant, la province finance aussi les services de santé mentale par l'entremise d'autres ministères, dont les Services à l'enfance et à la jeunesse et les Services sociaux et communautaires.

Des experts ont recommandé de porter graduellement à 10 % le pourcentage du budget des soins de santé affecté à la santé mentale et à la lutte contre les dépendances. On pourrait établir des listes d'attente pour certains services, afin d'orienter l'amélioration du système. D'autres témoins soutiennent que certains services devraient être régis par la loi. Certains ont suggéré une campagne active de recrutement auprès des jeunes afin de pallier la pénurie de professionnels des soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

« Il est évident qu'il faut augmenter le financement des services spécialisés tels que les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris le financement de base garanti pour les services de santé mentale destinés aux enfants. »

SEFPO

MOT DE LA FIN

Maintenant que nous avons rapporté les observations présentées dans le cadre des audiences tenues à travers la province, nous passons à la prochaine étape de notre travail : formuler des recommandations dans un rapport final. Le Comité est très encouragé par la discussion constructive que notre processus d'audience a générée. Nous applaudissons au courage démontré par un si grand nombre de personnes qui sont venues témoigner sur place ou qui ont présenté des mémoires. Nous tenons aussi à remercier les professionnels qui travaillent dans le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour leur dévouement.

ANNEXE A

Motion d'initiative parlementaire
Comité spécial chargé d'élaborer une stratégie pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances
Adoptée le 4 décembre 2008

M^me^ Elliott propose :

Que, de l'avis de la Chambre, un comité spécial devrait être immédiatement constitué afin d'élaborer une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

Que, dans l'élaboration de sa stratégie et de ses recommandations, le Comité mette l'accent sur les questions suivantes :

La nécessité urgente d'une stratégie détaillée pour la santé mentale en Ontario afin de travailler en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et de coordonner la prestation des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Le manque de coordination entre les nombreux ministères provinciaux chargés de fournir des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Les problèmes de santé mentale des enfants;

L'augmentation du taux de suicide chez les jeunes;

Les problèmes de santé mentale et/ou de dépendance des sans-abri;

Les besoins en santé mentale des résidents des établissements de soins de longue durée;

Le manque d'accès des Autochtones aux services de santé mentale de base dans plusieurs régions de l'Ontario;

Les enjeux auxquels font face les tribunaux et les services policiers de tout l'Ontario qui doivent composer avec le nombre croissant de présumés contrevenants qui souffrent d'un grave problème de santé mentale et/ou de dépendance;

Que le Comité soit autorisé à tenir des audiences et à entreprendre des recherches, et qu'il exerce généralement les pouvoirs et fonctions nécessaires pour formuler des recommandations concernant une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

Que le Comité présente un rapport provisoire à la Chambre au plus tard à la fin de 2009, ainsi qu'un rapport final au plus tard le 30 juin 2010[1].

---

[1] Ontario, Assemblée législative, *Procès-verbaux*, 1re session., 39e législature (4 décembre 2008), 6. Site http://www.ontla.on.ca/house-proceedings/votes-and-proceedings/files_pdf/December_04_2008.pdf, consulté le 4 mars 2010.

ANNEXE B

Calendrier des audiences publiques
Liste des témoins et des mémoires

CALENDRIER DES AUDIENCES PUBLIQUES

Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans plusieurs autres villes aux dates indiquées ci-après.

Toronto	8 et 22 avril; 6, 13 et 26 mai; 3 juin; 8, 16, 23 et 30 septembre; 7, 21 et 28 octobre; 4, 18 et 25 novembre; 2 et 9 décembre
Windsor	15 juin
St. Thomas	16 juin
Hamilton	17 juin
Kingston	18 juin
Ottawa	9 septembre
Sudbury	10 septembre
Thunder Bay	11 septembre

Le compte rendu de chaque réunion est accessible à http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee_transcripts_current.do?ParlCommID=8915&locale=fr.

LISTE DES TÉMOINS ET DES MÉMOIRES

Organisme/Personne	Date de comparution
416 Community Support for Women	8 septembre 2009
Alliance of Psychotherapy Training Institutions	8 septembre 2009
Andruski, Peter	23 septembre 2009
Associated Youth Services of Peel	2 décembre 2009
Association canadienne de counseling	18 juin 2009
Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales, Ontario	17 juin 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario	27 mai 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section d'Elgin	16 juin 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section d'Ottawa	9 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Champlain-Est	9 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Thunder Bay	11 septembre 2009
L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto	7 octobre 2009 et mémoires
L'Association canadienne pour la santé mentale, section du comté de Windsor-Essex, Conseil des consommateurs	15 juin 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
L'Association canadienne pour la santé mentale, section régionale de Nipissing	10 septembre 2009
Association des Associés(es) en Psychologie de l'Ontario	30 septembre 2009
Association des consultants et conseillers en santé mentale, psychométriciens et psychothérapeutes de l'Ontario	18 juin 2009
Association des hôpitaux de l'Ontario	7 octobre 2009
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	7 octobre 2009
Association des Psychiatres de l'Ontario	11 septembre 2009
L'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario	Mémoire
Association pour la Boulimie et l'Anorexie	15 juin 2009
Atwood, Brenda, Karen Miller et Linda Kachar	11 septembre 2009
Baker, Eleanor	21 octobre 2009
Baker, Kathy et Ann Tassonyi	18 novembre 2009
Bélanger, Maryse	25 novembre 2009
Bell, Lorie	10 septembre 2009
Bethany Residence	2 décembre 2009
Bowering, Donna	16 juin 2009
Brain Injury Services of Northern Ontario	11 septembre 2009
Brown, Chris	Mémoire
Brown, D[r] Alan	4 novembre 2009
Brown, Glenn	8 septembre 2009
Buchanan, Lembi	Mémoire
Buchholz, Andreas	11 septembre 2009
Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques	8 septembre 2009 et suivi par écrit
Burge, D[r] Philip	18 juin 2009
Burlington Counselling & Family Services	17 juin 2009
Caritas Project Therapeutic Community	21 octobre 2009
Carla	17 juin 2009
Caseola, Paul et Adrianne Sequeira	8 septembre 2009
Centre communautaire de counselling du Nipissing	10 septembre 2009
Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados	9 septembre 2009
Centre de toxicomanie et de santé mentale	3 juin 2009
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Centre des sciences préventives	16 juin 2009
Champlain Addiction Coordinating Body	9 septembre 2009
Champlain Mental Health Network	9 septembre 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Chatham-Kent Consumer and Family Network	15 juin 2009
Child Development Institute	28 octobre 2009
Children's Centre Thunder Bay	11 septembre 2009
Chittaro, Eddi	15 juin 2009
Clark-Wittenberg, Sue	9 septembre 2009
Coalition Against Psychiatric Assault	23 septembre 2009
Comité consultatif pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	11 septembre 2009
Commission ontarienne des droits de la personne	7 octobre 2009
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities	25 novembre 2009
Conseil de planification sociale de Sudbury	10 septembre 2009
Conseillers des collèges de l'Ontario	9 septembre 2009
La Corporation Canadienne des Retraités Intéressés	8 septembre 2009
Cortese, D^{r} Leonardo	15 juin 2009
Csiernik, D^{r} Richard	16 juin 2009
Dandy, Cathy	8 septembre 2009
Dealberto, D^{re} Marie-José	9 septembre 2009
District of Thunder Bay Social Services Administration Board	11 septembre 2009
Downtown Guelph FASD Support Group	8 septembre 2009
Drug Awareness Committee of Thunder Bay	11 septembre 2009
Drummond, Heather	23 septembre 2009
Dubois, Catherine et Germaine	9 septembre 2009
Dufresne, D^{re} Annette	15 juin 2009
Dukes, Mark	7 octobre 2009
Duncan, Heather A.	Mémoire
Durham Mental Health Services	3 juin 2009
Echo : pour l'amélioration de la santé des Ontariennes	Mémoire
Elgin Respite Network	16 juin 2009
Elgin St. Thomas RAISE Coalition (Reducing Addictions – Increasing Safe Environments)	16 juin 2009
Elson, Steve	16 juin 2009
Eshesh, Gamal	Mémoire
Eva's Initiatives	21 octobre 2009
Fair Share Task Force	8 septembre 2009
Family Advocates for Mental Health and Addictions	Mémoire

Organisme/Personne	Date de comparution
Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario	25 novembre 2009
Ferguson, Kerry	16 juin 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Coalition of Ottawa	9 septembre 2009
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Stakeholders for Ontario	21 octobre 2009
Fine, Randi	18 novembre 2009
Fink, Judith	17 juin 2009
Finn, Paul et Denise	18 juin 2009
Forsdyke, Patricia	18 juin 2009
Frederick, Mary Ellen	17 juin 2009
Frontline Partners W/Youth Network	21 octobre 2009
Gerstein Centre	22 avril 2009
Gestalt Institute of Toronto	18 novembre 2009
Gillies, Catherine	11 septembre 2009
Goering, D^re^ Paula	27 mai 2009
Gorski Centre for Applied Sciences	8 septembre 2009
Gray, D^r^ John	9 décembre 2009 et mémoire
Griffin Centre	8 septembre 2009
Gunn, Margaret	Mémoire
Hacio, Lois	Mémoire
Hadida, Donna	Mémoire
Haldimand-Norfolk Resource Centre	17 juin 2009
Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative	17 juin 2009
Hartman, Joy A.	Mémoire
Heath, David	8 septembre 2009
Home Suite Hope Shared Living Corp.	Mémoire
Hope Place Centres	8 septembre 2009
House of Sophrosyne	15 juin 2009
Hudson, Barry	23 septembre 2009
Huron Perth Healthcare Alliance	16 juin 2009
Hussman, Jack	Mémoire
Jabalee, Christina, Jennifer Takacs et Carol Farkas	28 octobre 2009
John Howard Society of Hamilton, Burlington and Area	Mémoire
John Howard Society of Ontario	Mémoire
John Howard Society of Sault Ste. Marie	Mémoire
John Howard Society of Sudbury	Mémoire

Organisme/Personne	Date de comparution
John Howard Society of Thunder Bay and District	11 septembre 2009
John Howard Society of Toronto	Mémoire
John Howard Society of Waterloo-Wellington	Mémoire
Johnson-Purden, Sheri	10 septembre 2009
Jordan Stone et Bowen McConnie (Secret Handshake)	30 septembre 2009
Kairow, Iris	30 septembre 2009
Kinark Child and Family Services	8 septembre 2009
Kinna-aweya Legal Clinic	11 septembre 2009
Kirby, Michael	27 mai 2009
Koka, D[r] H. Rayudu	10 septembre 2009
Layton, John	Mémoire
Lester, D[r] Bob	2 décembre 2009
Lindsey, Heather	15 juin 2009
Loft Community Services	8 septembre 2009
London Health Sciences Centre/St. Joseph's Health Care	16 juin 2009
Long, Victoria	23 septembre 2009
Lurie, Steve (voir L'Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto)	Mémoire
MacLean, Sandra	11 septembre 2009
Magpie Publishing	Mémoire
Mainstay Housing	Mémoire
Margaret Frazer House	8 septembre 2009
Martin, Neasa	8 septembre 2009
McCaffrey, C.J.	9 septembre 2009
McGrattan, Lorraine et Paul Hamel	17 juin 2009 et mémoire
McLelland, Maureen	10 septembre. 2009
McNeely, Joyce	9 septembre 2009
Mederak, Jane	30 septembre. 2009
Mental Health Legal Committee	23 septembre 2009
Mental Health Rights Coalition	17 juin 2009
Mercedes-Angelssen, Vincent De	23 septembre 2009
Meschino, D[re] Diane de Camps	16 septembre 2009
Ministère de l'Éducation	3 juin 2009
Ministère de la Promotion de la santé	22 avril 2009
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	22 avril et 9 décembre 2009
Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels	6 mai 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Ministère des Affaires autochtones	6 mai 2009
Ministère des Affaires civiques et de l'Immigration	6 mai 2009
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse	3 juin 2009
Ministère des Services sociaux et communautaires	6 mai 2009
Ministère du Procureur général	22 avril 2009
Minwaashin Lodge – Aboriginal Women's Support Centre	9 septembre 2009
M^{me} H.M.	30 septembre 2009
M^{me} X	8 septembre 2009
Modi, Rakesh	25 novembre 2009
National Association for the Dually Diagnosed	28 octobre 2009
Nickel-a-Drink for Addictions and Mental Health Research Foundation	28 octobre 2009
Noojmowin Teg Health Centre	10 septembre 2009
Northumberland Poverty Reduction Action Committee	18 novembre 2009
O'Hara, Frank (Family Council/Secret Handshake)	23 septembre 2009
O'Reilly, D^{r} Richard	Mémoire
Offord Centre for Child Studies	17 juin 2009
Ontario Art Therapy Association	16 juin 2009
Ontario Association for Suicide Prevention	18 novembre 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors	25 novembre 2009
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Region 7	9 septembre 2009
Ontario Coalition of Mental Health Professionals	30 septembre 2009
Ontario College Health Association	Mémoire
Ontario College of Family Physicians	16 septembre 2009 et mémoire
Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders	25 novembre 2009
Ontario Consumer and Family Advisory Council (L'Association canadienne pour la santé mentale, Toronto)	18 novembre 2009
Ontario Federation of Indian Friendship Centres	Mémoire
Ontario Long Term Care Association	4 novembre 2009
Ontario Peer Development Initiative	Mémoire
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences	18 juin 2009
Ontario Society of Psychotherapists	30 septembre 2009
Ontario Telemedicine Network	18 juin 2009
Open Access to Antipsychotic Medications	Mémoire
Our Kids Network (Halton Region)	28 octobre 2009
Parents for Children's Mental Health	8 avril 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Paterson, Penny et John Paterson	18 juin 2009
Peel's Children Centre	7 octobre 2009
Pétition concernant l'établissement d'un service d'urgence psychiatrique au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Mémoire
Pilon, Colette	10 septembre 2009
Pitfield, Terrie	10 septembre 2009
Programme de santé mentale de l'Hôpital Hôtel Dieu/Hôpital général de Kingston	4 novembre 2009
Programme oser rêver	9 septembre 2009
Programmes de Counselling Nord du Supérieur	11 septembre 2009
Psychiatric Survivors of Ottawa	9 septembre 2009
Purdon, Joanne	4 novembre 2009
Raising Our Children's Kids (Canada)	17 juin 2009
Ramakrishnan, Madhuri et Kris	17 juin 2009
Renascent	Mémoire
Réseaux communautaires de soins spécialisés	2 décembre 2009
Rideauwood Addiction and Family Services	9 septembre 2009
Robin, Cindy	10 septembre. 2009
Robinson, Gary	8 septembre 2009
Ross, Marvin	8 septembre 2009
Russell, Jane	9 septembre 2009
Sacks, Diane	28 octobre 2009
Santé mentale pour enfants Ontario	3 juin et 2 décembre 2009
Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario	3 juin 2009
Self Help Alliance	16 juin 2009
Seniors Health Research Transfer Network	4 novembre 2009
Services à la famille - Ontario	18 novembre 2009
Services de santé Royal Ottawa	9 septembre 2009
Shearon, Victoria	15 juin 2009
Sherbourne Health Centre	7 octobre 2009
Sherring, Rena	Mémoire
Simpson, David	16 juin 2009
Sioux Lookout Community Action Partnership for Fetal Alcohol Spectrum Disorder	11 septembre 2009
Société Alzheimer d'Ontario	16 juin 2009
Société Alzheimer, North Bay et district	10 septembre 2009
Société Alzheimer, Ottawa et comté de Renfrew	9 septembre 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Société Alzheimer, Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009
Société Alzheimer, Thunder Bay	11 septembre 2009
Société canadienne de l'ouïe	16 juin 2009
Société canadienne de pédiatrie	9 septembre 2009 et mémoire
Société de schizophrénie de l'Ontario	16 septembre 2009
Société de schizophrénie de l'Ontario, section de Thunder Bay	11 septembre 2009
Société John Howard du Canada	18 juin 2009
Southern Network of Specialized Care	Mémoire
St. Jude Community Homes	2 décembre 2009
Starr, Sky	7 octobre 2009
Stevenson, D^re^ Cameron	18 juin 2009
Success By 6	9 septembre 2009
Sudbury Action Centre for Youth	10 septembre 2009
Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario	9 septembre et 2 décembre 2009
Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario, Secteur des services de traitement des enfants	2 décembre 2009 et mémoire
Teskey, Patricia	8 septembre 2009
Thames Valley District School Board Mental Health and Wellness Committee	16 juin 2009
The Dream Team	Mémoire
The Men's Project	9 septembre 2009
The New Mentality	4 novembre 2009
Tregunno, Kevin	8 septembre 2009
Tyson, Judy	17 juin 2009
United Way/Centraide Ottawa	9 septembre 2009
Usselman-Tod, Simone	21 octobre 2009
Vérificateur général de l'Ontario	13 mai 2009
Ville de Toronto, Administration des abris, des soutiens et du logement	21 octobre 2009
Voukelatos, Vicky	Mémoire
Wass, Gaby	16 juin 2009
Waterford Family Council	18 novembre 2009
Weber, James	8 septembre 2009
Westfall, Marlene	17 juin 2009
Wesway	Mémoire
Wiebe, Jean	17 juin 2009
Windsor Essex County Drug Strategy Implementation Group	15 juin 2009

Organisme/Personne	Date de comparution
Woodview Manor Parents' Council	4 novembre 2009
York Centre for Children, Youth and Families, Blue Hills Child and Family Centre, Kinark Child and Family Services	2 décembre 2009
Youthlink	2 décembre 2009
Zakrzewska, Ewa	30 septembre 2009

ANNEXE C

Établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1

ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DÉSIGNÉS DE L'ANNEXE 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario[1]

LOCATION	NAME
Ajax	Rouge Valley Health System - Ajax and Pickering Health Centre
Barrie	Royal Victoria Hospital
Belleville	Quinte Healthcare Corporation - Belleville General Hospital
Brampton	William Osler Health Centre - Brampton Civic Hospital, Brampton Hospital Campus
Brantford	Brantford General Hospital
Brockville	Services de santé Royal Ottawa – Brockville Mental Health Centre, y compris la Forensic Treatment Unit
	Établissement de traitement et Centre correctionnel de la vallée du Saint-Laurent, Unité de traitement en milieu fermé
Burlington	Joseph Brant Memorial Hospital
Chatham	Public General Hospital Society of Chatham
Cornwall	Cornwall General Hospital
Goderich	Alexandra Marine and General Hospital
Guelph	Homewood Health Centre Inc.
Hamilton	Hamilton Health Sciences Corporation - Hamilton General Hospital, Chedoke Hospital, McMaster University Medical Centre, Henderson General Hospital
	St. Joseph's Health Care System - Centre for Mountain Health Services, St. Joseph's Hospital
Kenora	Lake of the Woods District Hospital
Kingston	Hôpital Hôtel-Dieu des Religieuses Hospitalières de St.-Joseph à Kingston/ Hôtel-Dieu Hospital
	Kingston General Hospital
	Pénitencier de Kingston, Centre de traitement régional
	Providence Continuing Care Centre, Mental Health Services (ancien Hôpital psychiatrique de Kingston)
Kitchener	Grand River Hospital Corporation - Kitchener-Waterloo Health Centre
Lindsay	Ross Memorial Hospital
London	Regional Mental Health Care, London - St. Joseph's Health Care London
	St. Joseph's Health Care, London

[1] Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Information publique : Services de santé dans votre collectivité - Établissements psychiatriques désignés en vertu de la *Loi sur la santé mentale* », mis à jour le 27 octobre 2003. Site http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/psych/designatedf.html, consulté le 4 mars 2010.

	London Health Sciences Centre - University Campus, Victoria Campus
Markham	Markham Stouffville Hospital
Mississauga	Credit Valley Hospital
	Trillium Health Centre-Mississauga
Newmarket	Southlake Regional Health Centre
Niagara Falls	Système de santé de Niagara - Greater Niagara General Hospital
North Bay	Hôpital général de North Bay
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de North Bay
Oakville	Halton Healthcare Services Corporation - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital
Orillia	Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Oshawa	Lakeridge Health Corporation - Oshawa
Ottawa	Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
	Hôpital Montfort
	Hôpital Queensway Carleton
	Centre de santé mentale Royal Ottawa - Services de santé Royal Ottawa
	Centre régional pour enfants, Hôpital Royal Ottawa - Services de santé Royal Ottawa
	L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic, Campus Général
Owen Sound	Grey Bruce Health Services - Owen Sound
Penetanguishene	Centre de santé mentale de Penetanguishene
Peterborough	Peterborough Regional Health Centre - Hospital Drive
Richmond Hill	York Central Hospital
St. Catharines	Système de santé de Niagara - St. Catharines General
St. Thomas	Regional Mental Health Care, St. Thomas - St. Joseph's Health Care, London
Sarnia	Sarnia General Hospital
Sault Ste. Marie	Plummer Memorial Hospital
Stratford	Stratford General Hospital
Sudbury	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de Sudbury
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Centre psychiatrique régional pour enfants
	Hôpital régional de Sudbury
Thunder Bay	St. Joseph's Care Group - Lakehead Psychiatric Hospital
	Thunder Bay Regional Hospital
Timmins	Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district

Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary Health Centre
	Scarborough Hospital - General Division, Grace Division
	North York General Hospital - General Division
	Humber River Regional Hospital - Finch Avenue, Church Street, Keele Street
	Centre de toxicomanie et de santé mentale
	Baycrest Hospital
	William Osler Health Centre - Etobicoke Hospital Campus
	Mount Sinai Hospital
	Trillium Health Centre - Queensway
	St. Joseph's Health Centre
	St. Michael's Hospital - Bond Street, Wellesley Central
	Sunnybrook Health Sciences Centre
	Toronto East General and Orthopaedic Hospital Inc.
	Réseau universitaire de santé - Toronto General Hospital, Toronto Western Hospital, Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital
Welland	Système de santé de Niagara - Welland Hospital[2]
Whitby	Whitby Mental Health Centre
Windsor	Hôtel-Dieu Grace Hospital - Hôtel-Dieu of St. Joseph's
	Windsor Regional Hospital
Woodstock	Woodstock General Hospital

[2] Ancien Hôpital général du comté de Welland.

ANNEXE D

***Loi sur la santé mentale* et *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario**

Introduction

Cette annexe résume les dispositions de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario concernant l'admission, en cure facultative ou obligatoire, dans des établissements psychiatriques, ainsi que celles de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* concernant le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement.

Loi sur la santé mentale de l'Ontario

Un des objets de la *Loi sur la santé mentale* (LSM) de l'Ontario est d'énoncer les critères d'admission pour les patients, en cure facultative ou obligatoire, des établissements psychiatriques[1].

Formule 1 – Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin

En vertu de la *LSM*, si un membre de la famille ou un fournisseur de soins réussit à persuader une personne de consulter un médecin, le médecin en question peut évaluer le patient selon une liste de critères visant à déterminer s'il satisfait au « critère du préjudice grave ».

> **15.**(1) Si un médecin examine une personne et a des motifs valables de croire que celle-ci, selon le cas :
>
> a) a menacé ou tenté de s'infliger des lésions corporelles ou menace ou tente de le faire;
>
> b) s'est comportée ou se comporte avec violence envers une autre personne ou de manière à lui faire craindre qu'elle lui causera des lésions corporelles;
>
> c) a fait ou fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même,
>
> et qu'en plus, il est d'avis que cette personne souffre selon toute apparence d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes :
>
> d) elle s'infligera des lésions corporelles graves;
>
> e) elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne;
>
> f) elle souffrira d'un affaiblissement physique grave,

---

[1] *Loi sur la santé mentale*, L.R.O. 1990, chap. M.7. Site des Lois-en-ligne, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm, visité le 24 février 2010.

> il peut, sur la formule prescrite, présenter une demande d'évaluation psychiatrique de cette personne.

Il importe de noter qu'il n'est pas nécessaire de satisfaire à tous les critères énoncés aux alinéas a), b) et c). Le médecin doit plutôt établir l'existence d'un des comportements décrits. Cependant, il doit aussi déterminer que le trouble mental causera probablement l'un des préjudices décrits aux alinéas d), e) et f)[2]. Il est aussi possible pour un agent de police de procéder à une évaluation semblable et d'amener sous garde cette personne dans un lieu approprié (en général, un hôpital) afin qu'elle soit examinée par un médecin[3].

Le document que le médecin doit remplir est connu sous le nom de « Formule 1 » ou « Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin ». Une fois rempli, il permet à quiconque d'amener la personne qui fait l'objet de la demande à un établissement psychiatrique pour qu'elle y soit détenue aux fins d'une évaluation psychiatrique pendant au plus 72 heures[4]. Personne n'a le droit de demander à la Commission du consentement et de la capacité (CCC) d'examiner les critères d'émission d'une Formule 1. La CCC est le tribunal administratif qui a le pouvoir de régler les questions liées à la capacité, au consentement, à l'admission civile et à la prise de décisions au nom d'autrui (par un mandataire)[5].

Formule 2 – Ordonnance d'examen

Une autre option dont disposent les membres de la famille ou d'autres parties qui font face à une situation de ce genre est de comparaître devant un juge de paix pour présenter de l'information sous serment selon laquelle la personne en question souffre d'un trouble mental[6]. La « Formule 2 » ou « Ordonnance d'examen en vertu de l'article 16 » est remise à la police et l'autorise à appréhender la personne et à la détenir pour qu'elle soit examinée par un médecin[7].

Formule 3 – Certificat d'admission en cure obligatoire

Après avoir été amenée à l'hôpital et y être restée pendant 72 heures aux fins d'évaluation, la personne peut être admise contre son gré pour une période plus longue seulement si les conditions énoncées au par. 20(5) de la *LSM* sont satisfaites. En vertu de ce paragraphe, les symptômes du trouble mental doivent être tels que le patient s'infligera des lésions corporelles graves, en infligera à une autre personne ou souffrira d'un affaiblissement

---

[2] Katharine Byrick et Barbara Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario* (Toronto, Association des hôpitaux de l'Ontario, mars 2009), p. 31.
[3] *Loi sur la santé mentale*, art. 17.
[4] *Ibid.*, par. 15(5).
[5] Selon le site Web de la CCC, plus de 80 % des demandes présentées à la CCC portent sur la révision en vertu de la *Loi sur la santé mentale* du statut de malade en cure obligatoire d'un patient d'un établissement psychiatrique, ou sur l'examen en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* de la capacité d'une personne de consentir à un traitement ou de le refuser.
[6] Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 33.
[7] *Loi sur la santé mentale*, art. 16.

physique grave à moins d'être détenu dans un établissement psychiatrique[8]. D'autres conditions de l'admission en cure obligatoire ont été ajoutés à la *LSM* en 2000 afin de tenir compte des personnes souffrant d'une maladie mentale récurrente[9].

La loi prévoit différentes sauvegardes contre l'admission en cure obligatoire. Le médecin qui remplit une Formule 3, qui est le « Certificat d'admission en cure obligatoire », ne peut pas être celui qui a rempli la Formule 1, ce qui introduit un deuxième avis médical dans le processus. De plus, le premier certificat d'admission en cure obligatoire vient à expiration après deux semaines et le premier certificat de renouvellement est valide pour un mois. Les certificats de renouvellement subséquents sont assujettis à des limites de temps. Le patient a le droit de demander à la CCC de déterminer si les critères d'émission ou de renouvellement d'un certificat d'admission en cure obligatoire ont été respectés. Même si le patient choisit de ne pas faire appel à la CCC, la *LSM* prévoit que le quatrième certificat de renouvellement doit être examiné par la Commission[10].

Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario

La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* (*LCSS*) de l'Ontario régit le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement[11]. L'admission d'une personne dans un établissement psychiatrique et le traitement subséquent de cette personne dans cet établissement sont considérés comme des questions distinctes en Ontario.

Un principe fondamental des soins de santé en Ontario est que le traitement ne doit pas être administré sans le consentement de la personne traitée[12]. Les avocates en matière de santé Katherine Byrick et Barbara Walker-Renshaw résument la situation comme suit :

> Si le patient est capable, c'est à lui de décider s'il consent au traitement proposé ou s'il le refuse. Si le patient est incapable, on demandera à un mandataire spécial de prendre la décision en son nom[13].

La *LCSS* prévoit un test de capacité à deux volets. Une personne est capable à l'égard d'un traitement si elle est apte (1) à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision et (2) à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision[14].

---

[8] Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 36.
[9] Ces dispositions sont énoncées au par. 20(1.1) de la *LSM*.
[10] Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 40.
[11] *Loi sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, chap. 2. Site des Lois-en-ligne, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm, consulté le 24 février 2010.
[12] Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 7.
[13] *Ibid.* Il y a exception en cas d'urgence ou si une personne a été accusée d'une infraction au criminel (et si elle doit être traitée afin de pouvoir subir son procès). Ces exigences sont énoncées au par. 25(3) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et au par. 672.59(1) du *Code criminel*, L.R.C. 1985, ch. C-46.
[14] *Loi sur le consentement aux soins de santé*, par. 4(1).

Aucun traitement ne peut commencer si le patient indique qu'il a l'intention de demander ou qu'il a demandé à la CCC, par voie de requête, de réviser la constatation d'incapacité, sauf en cas d'urgence[15]. À moins que les parties ne consentent à un ajournement, la CCC doit tenir une audience dans les sept jours qui suivent la réception de la requête et elle doit fournir une copie de sa décision aux parties le lendemain. Si la CCC confirme la décision d'incapacité du praticien, le traitement ne peut pas commencer si le patient en appelle de la décision de la Commission devant les tribunaux.

[15] *Ibid.*, par. 18(3) et (4).